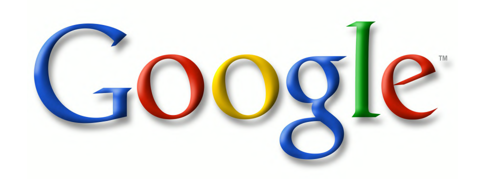


ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XLV

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris	18	francs.
Pour les départements	20	—
Pour l'Europe	22	—
Pour les États-Unis d'Amérique	23	—
Pour les autres parties du monde	25	—

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr HARTMANN, 67, rue de Rome, pour la partie gynécologique; à M. le Dr VARNIER, 10, rue Danton, pour la partie obstétricale, ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, TILLAUX, PINARD, LEBLOND

Rédacteurs en chef:

H. VARNIER ET H. HARTMANN

TOME XLV

Contenant des travaux de

BAZTERRICA et MOLINARI, BENOIT, BOURSIER, BROCA, CRIMAIL, DU BOUCHET, FOLET, GOUBAROFF, HARTMANN, HARTMANN et MIGNOT, HOUZEL, JAYLE, LA BONNARDIÈRE, LABUSQUIÈRE, LATHURAZ-VIOLLET, LEGUEU, LEPAGE, PAQUY, PILLIET et POTOCKI, PINARD, QUEIREL, RÉGNIER, ROUTIER, STAPFER, VARNIER, JAMES CHAPPUIS, CHAUMEL et FUNCK BRENTANO, ROGER, WILLIAMS.

1896

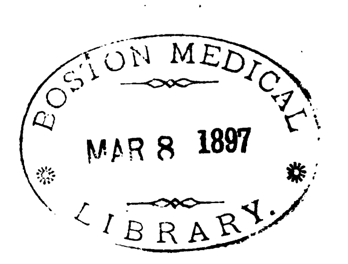
(1er SEMESTRE)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE,

1896


BOSTON MEDICAL
MAR 8 1897
LIBRARY.



ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Janvier 1896

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE PENDANT L'ANNÉE 1895

Par le professeur **A. Pinard.**

Je vais aujourd'hui, d'après une habitude à laquelle je ne puis ni ne veux me soustraire, vous exposer les résultats obtenus à la Clinique Baudelocque du 7 décembre 1894 au 7 décembre 1895, en appliquant rigoureusement à la thérapeutique des viciations pelviennes, les préceptes que j'ai pu formuler, depuis que l'agrandissement momentané du bassin a été reconnu, par nous, une opération praticable.

Je ne vous rappellerai pas ces préceptes pour le moment; beaucoup d'entre vous les connaissent, ceux qui les ignorent n'auront qu'à se reporter à mes publications antérieures (1).

Je désire vous parler, tout d'abord, des cas dans lesquels l'agrandissement momentané du bassin par symphyséotomie a été jugé nécessaire et pratiqué par mes collaborateurs,

(1) *De la symphyséotomie à la Clinique Baudelocque pendant l'année 1893.* — *De l'agrandissement momentané du bassin. Rapport lu au Congrès international des sciences médicales tenu à Rome du 29 mars au 5 avril 1894. De la symphyséotomie à la clinique Baudelocque pendant l'année 1894.* G. Steinheil, éditeur.

Varnier, Lepage, Wallich, Bouffe de Saint-Blaise, Funck-Brentano ou par moi-même.

Nous avons eu vingt de ces cas, dont voici les observations résumées.

OBS. **175**. — XLIX[e] *Symphyséotomie,* pratiquée le 31 janvier 1895 (A. PINARD).

La nommée Jeanne P..., 19 ans, primipare, entre à la salle de travail le 30 janvier 1895, à 6 heures du soir, venant de l'asile Saint-Jacques, ayant la grippe.

Elle ne peut donner aucun renseignement sur ses antécédents.

Elle ne sait pas à quel âge elle a marché.

A l'examen on remarque sur la face dorsale et le bord interne du pied gauche, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne, des cicatrices ressemblant à d'anciennes lésions tuberculeuses.

Diagnostic à l'entrée : Tête non engagée, dos à gauche. Bassin vicié. Face antérieure du sacrum accessible. Diamètre promonto-sous-pubien 98 millim. Début de dilatation. Membranes intactes. Enfant vivant.

A 2 h. 30 du matin, rupture artificielle des membranes à la dilatation complète. Liquide amniotique vert.

On fixe la tête ; les bruits du cœur fœtal varient de 112 à 120.

Aussitôt après la rupture des membranes, on constate que la suture sagittale est près de la symphyse.

Bientôt se forme une bosse séro-sanguine qui masque toutes les sutures. Contractions presque subintrantes, qui font redouter une rupture de l'utérus. On fait respirer du chloroforme. La respiration est tellement bruyante que l'on perçoit difficilement les bruits du cœur. Mais on finit par les entendre, et M. Pinard, à la visite du matin, juge nécessaire de pratiquer la symphyséotomie.

Anesthésie difficile par suite des troubles respiratoires. A 10 h. 55, incision cutanée ; à 11 heures, section de la symphyse. Écartement spontané 1 centim. et demi. Écartement provoqué 4 centimètres. A 11 h. 8, application de forceps. Extraction à 11 h. 12 d'un enfant de 2,310 gr., en état de mort apparente, mais bientôt ranimé après désobstruction des voies respiratoires, et sans insufflation. Bi-pariétal : 87 millim.

Délivrance artificielle. Sutures profondes et superficielles aux fils d'argent. Pansement ordinaire. Terminé à midi.

A 3 heures de l'après-midi, frissons et 39°, avec respiration bruyante et précipitée.

1er février. Miction spontanée. Vomissements le matin. Dyspnée intense. Trois vomissements de sang dans la soirée, 37° 8. La malade se plaint d'une douleur intense au creux épigastrique. Toux fréquente. Crachats épais. Gros râles humides. Nuit calme après piqûre de morphine.

Le 2, à 6 heures du matin : vomissements de sang très abondant, noir. A 7 h. et demie, nouveau vomissement de sang abondant qui amène la mort.

AUTOPSIE, faite par M. le Dr WIDAL. — Adhérences pulmonaires généralisées. Il s'écoule pendant le décollement des plèvres un demi litre de pus au moins par la trachée; sang et pus dans toutes les bronches et bronchioles. Dilatation bronchique. Cœur normal. Estomac sain. Péritoine sain.

Plaie opératoire réunie. Pas trace d'épanchement sanguin au niveau des tissus incisés.

Bassin oblique ovalaire de Nœgele à synostose droite présentant les diamètres ci-dessous : promonto-pubien 97 millim; diamètre oblique gauche 115 millim.; diamètre oblique droit 75 millim.; sacro-cotyloïdien droit 34 millim; sacro cotyloïdien gauche 97 millim.; bi-sciatique 70 millim.; bi-ischiatique 90 millim.

L'enfant a été porté aux Enfants-Assistés le 6 mars, pesant 2,770 grammes, ayant gagné 460 grammes sur son poids de naissance.

OBS. **311**. — Le *Symphyséotomie*, pratiquée le 25 février 1895 (A. PINARD).

La nommée P..., âgée de 39 ans, est apportée à la clinique Baudelocque le 25 février 1895, ayant subi en ville une application infructueuse de forceps.

Antécédents obstétricaux. — Premier accouchement spontané à terme, fille vivante. Deuxième accouchement à terme; Application de forceps, enfant vivant. Troisième accouchement spontané à terme; Fille vivante.

Grossesse actuelle. — Dernières règles en mai. Début du travail à 2 heures du matin le 24 février. Rupture de la poche le

24 février à 2 heures du soir. Assistée d'abord par une sage-femme qui fait ensuite appeler un médecin ; ce dernier tente une application de forceps au détroit supérieur, le 25 février 4 heures du matin. Tractions infructueuses. Cette femme est alors dirigée sur la Clinique.

A son arrivée à 8 heures du matin, le 25 février, on constate que l'orifice est dilatable, que la tête repose au niveau du détroit supérieur, inclinée sur le pariétal antérieur ; suture sagittale, à 82 millim. de la symphyse. On mesure le diamètre promonto-sous-pubien qui est de 93 millim. Enfant vivant. Tête en bas en GT.

Anesthésie à 10 heures. Section de la symphyse. Écartement provoqué : 6 centim. Forceps. Extraction d'un enfant vivant du poids de 3,070 grammes, étonné ; mais, après désobstruction des voies respiratoires, la respiration s'établit régulièrement.

Suites de couches pathologiques. Irrigation continue et curettage. Guérison complète et sortie de la femme en bon état le 12 mai. L'enfant pesait le 12 mars, 3,330 grammes. Femme revue le 9 décembre 1895 en parfait état. L'enfant mis en nourrice est mort à 7 mois.

OBS. **313**. — *Symphyséotomie*, pratiquée le 25 février 1895, pour la deuxième fois chez la même femme (VARNIER).

La nommée C..., tertipare, entre le 24 février 1895 à la clinique Baudelocque à 8 heures du soir. Elle est en travail.

Antécédents obstétricaux. — Première grossesse : accouchement à terme ; Basiotripsie par Varnier à Lariboisière (1889).

Deuxième grossesse : accouchement à terme ; Symphyséotomie pratiquée à la clinique Baudelocque par Varnier le 13 septembre 1892. (Observation 1326, neuvième symphyséotomie). Enfant de 3.200 grammes, actuellement vivant et bien portant.

Grossesse actuelle. — Cette femme qui a marché à 3 ans et demi, toujours bien depuis, a eu ses dernières règles du 20 au 23 mai 1894. Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 92 millim. Bassin rachitique annelé. Taille 1 m. 39.

Cette femme entre à la salle de travail le 24 février 1895 à 8 heures du soir. Le col est en voie d'effacement. A 11 heures du matin le 25, la dilatation est complète ; les membranes intactes. Tête en bas non engagée, dos à gauche. Symphyséotomie d'emblée.

Chloroforme à 11 h. 25. Incision de la peau dans l'ancienne

cicatrice à 11 h. 40. La symphyse baille dès qu'on a incisé le manchon fibreux présymphysien et l'écartement se complète après section du tissu fibreux rétro-symphysien (écartement provoqué : 65 millim.).

A 11 h. 55, rupture artificielle des membranes. Liquide amniotique normal. Application de forceps. La tête restée très élevée est encore remontée par l'instrument GT. Traction d'essai. La tête ne descend pas et on a la sensation qu'on ne pourra l'engager sans faire courir de sérieux risques à l'enfant. M. Varnier retire le forceps et pratique la version. Extraction à midi 5' d'un enfant pesant 3.260 grammes.

L'enfant crie aussitôt après sa naissance. Il présente un enfoncement produit par le promontoire en avant de la bosse pariétale gauche du fond de la dépression à la bosse pariétale opposée 92 millim. Délivrance par expression à midi 10'. L'enfant n'a présenté aucun symptôme de compression cérébrale. Le 26 au matin l'enfoncement a presque complètement disparu. Dès le 5e jour le poids de naissance est regagné.

Suites de couches légèrement pathologiques, 38°2 le 5e jour; réunion de la plaie opératoire par première intention. Phlébite du membre inférieur gauche. La malade sort complètement guérie le 12 mai. Enfant pesant 3,780 grammes.

Revue avec ses deux enfants en parfait état le 9 décembre 1895.

OBS. **315**. — LIIe *Symphyséotomie*, pratiquée pour la deuxième fois le 25 février 1895 (LEPAGE).

La nommée B..., âgée de 38 ans, entre à la clinique Baudelocque le 20 février 1895.

Antécédents obstétricaux. — Première grossesse gémellaire; Accouchement provoqué à la clinique Baudelocque en 1891 à l'aide des ballons Tarnier et Champetier; Version interne pour les deux jumeaux ; Enfants morts. A l'autopsie, on constate pour le premier une fracture du crâne; pour le deuxième, une hémorrhagie méningée. Deuxième grossesse, accouchement à terme, symphyséotomie le 13 août 1893 par M. Lepage (24e symphyséotomie), enfant vivant du poids de 3,730 grammes. Diamètre bipariétal : 94. Elevé au sein par une nourrice. Bien portant.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 24 au 28 mai 1894. Cette

femme de petite taille présente une incurvation des jambes très accusée, à convexité externe. Bassin aplati. Diamètre promonto-sous-pubien : 93 millim. ; tête en bas, dos à droite.

Début du travail à 3 heures du soir le 25 février 1895. Membranes intactes. A 8 heures et demie du soir, la dilatation est complète. On rompt les membranes. Il s'écoule une grande quantité de liquide amniotique normal. La suture sagittale est derrière la symphyse pubienne.

Chloroforme à 8 h. 45. Section du tissu fibreux existant à la partie supérieure et inférieure de la symphyse. Il existe un écartement normal d'environ un demi centimètre dans l'attitude obstétricale. Écartement provoqué de 6 centimètres. Application de forceps sur le sommet situé en droite transversale. Extraction d'un enfant vivant à 9 h. 40, pesant 3,660 grammes et à sa sortie, 3,890 grammes. Bi-pariétal : 103 millim.

Suites de couches normales. Guérison complète et sortie de la femme et de l'enfant en parfaite santé le 28 mars 1895.

Revue en parfaite état le 9 décembre 1895, avec son 1er enfant. Le dernier est en nourrice.

OBS. **485**. — LIIIe *Symphyséotomie*, pratiquée le 25 mars 1895 (A. PINARD).

La nommée A. T..., primipare, âgée de 26 ans entre à la clinique Baudelocque le 25 mars 1895 à midi, ayant une dilatation de 2 francs.

Antécédents. — A marché à un an et a toujours bien marché depuis. Dernières règles : 4 au 6 juillet 1894.

Examen : Squelette rachitique. Diamètre promonto-sous-pubien : 95 ; mi-sacro-pubien : 88 ; tête en bas très élevée, dos à droite. Bruits du cœur normaux et bien frappés. Membranes intactes. Début du travail : 24 mars 1895 à 10 heures du soir.

A 8 heures du soir, le 25 mars, dilatation complète. Rupture spontanée des membranes. Liquide amniotique vert et épais. Le toucher fait reconnaître que la suture sagittale est à 3 centimètres de la symphyse.

Introduction et gonflement dans le vagin d'un gros ballon de Champetier de Ribes. A 10 heures, chloroforme. Section de la symphyse. Écartement spontané : 3 centimètres. Écartement provoqué de 6 à 7 centimètres. Application de forceps en D T.

Extraction à 10 h. 25. Délivrance artificielle. Sutures superficielles et profondes au fil d'argent. Pansement ordinaire.

Suites de couches, absolument physiologiques.

L'enfant né étonné est ranimé après frictions et désobstruction des voies respiratoires. Il pesait à la naissance, 1,900 grammes et à son départ le 3 mai, 2,510 grammes. Diamètre bi-pariétal : 80.

La femme sort bien portante le 3 mai 1895. Revue en parfait état avec son enfant le 9 décembre 1895.

Obs. **700**. — LIVe *Symphyséotomie*, pratiquée le 1er mai 1895 (Wallich. — A. Pinard).

La nommée R..., 24 ans, secondipare, entre à la clinique Baudelocque le 12 février 1895.

Antécédents obstétricaux. — Ne sait à quel âge elle a marché et a toujours bien marché à sa connaissance. Squelette peu touché en apparence par le rachitisme. Première grossesse en 1893. Accouchement spontané à terme. Fille vivante.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 24 au 26 juillet 1894, Examen : Diamètre promonto-sous-pubien : 93. Tête en bas. Dos à gauche. Début du travail à 8 heures du soir le 29 avril. Le lendemain, 30 avril à 10 heures du matin, la dilatation étant stationnaire, on rompt les membranes. A 6 heures du soir, la tête n'est point engagée. Suture sagittale à 68 millim. du bord inférieur de la symphyse. Bosse séro-sanguine énorme. Dilatation de 5 francs.

Le lendemain 1er mai, à 9 heures du matin, la dilatation est presque devient complète, mais le liquide amniotique jusque-là normal vert. De plus la température maternelle est de 38°5 et le pouls à 100. En face de cette situation, M. Pinard décide de pratiquer la symphyséotomie. En raison de la longueur du travail, et de l'état fébrile de la parturiente, il est entendu que l'opérateur qui sectionnera la symphyse n'introduira pas sa main dans les organes génitaux.

M. Wallich pratique la section de la symphyse à 11 heures. du matin. Écartement spontané : 2 centim. Écartement provoqué : 6 centim. Application de forceps et extraction par M. Pinard.

Délivrance artificielle par Mlle Roze.

Le périnée est intact, mais les parties molles ont cédé en arrière de la petite lèvre gauche. Il existe un orifice faisant communiquer largement (environ 10 centim.) la plaie symphysienne avec le

vagin. L'urètre est rejeté à gauche. On réunit en partie cette déchirure par quelques points au catgut. Suture de la plaie opératoire avec fils d'argent. Points profonds et points superficiels Pansement ordinaire.

L'enfant présente une escharre sur le pariétal gauche à 4 centim. de la suture sagittale. Il crie aussitôt. Il pèse 3,770 grammes. Diamètre bi-pariétal : 98. L'eschare guérit rapidement et à son départ le 1er juin l'enfant pesait 4,620 grammes.

Suites de couches normales, sauf une temp. de 38° le soir du cinquième jour.

La femme sort bien portante avec son enfant le 1er juin 1895.

Revue en parfait état le 9 décembre 1895.

OBS. 727. — LVe *Symphyséotomie*, pratiquée le 6 mai 1895 (VARNIER).

La nommée Marie C..., entre à la clinique Baudelocque le 11 avril 1895.

Antécédents. — Ne sait quand elle a commencé à marcher et a toujours bien marché dit-elle.

1re Grossesse. Terminée à huit mois. Accouchement spontané. Enfant mort pendant le travail.

2e Grossesse. Accouchement à terme. Forceps. Enfant mort pendant le travail.

3e Grossesse. Accouchement à terme. Forceps. Enfant mort cinq heures après l'extraction. Tous ces accouchements ont eu lieu chez elle dans le Cantal.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 15 au 18 juillet 1894. Examen le 11 avril. État général bon. Squelette peu déformé. Parenthèse fémorale. Diamètre promonto-sous-pubien, 95 millim. Tête en bas, dos à gauche.

Le 4 mai à 3 heures du soir : Rupture spontanée et prématurée des membranes. Transportée à la salle du travail. Début du travail le 5 mai à 8 heures du matin. A 11 heures du soir le travail a fait peu de progrès. Tête non engagée, obliquité de Nœgele. Dilatation incomplète de l'orifice par la bosse séro-sanguine, la tête ne descendant pas. M. Pinard juge que la symphyséotomie est indiquée (la dilatation ne pouvant se compléter) et charge M. Varnier de la pratiquer.

A 11 h. 1/2 du soir, anesthésie. Incision cutanée à 11 h. 48. Sec-

tion de la symphyse terminée à 11 h. 54. Écartement spontané : 3 centim. Écartement provoqué à l'aide de l'écarteur à vis : 6 centim. Application de forceps commencée à 11 h. 59 et extraction sans la moindre difficulté terminée à minuit 3. Délivrance artificielle. Sutures profondes et superficielles. Pansement ordinaire terminé à minuit 10.

Les deux premiers jours, température normale.

Le troisième jour, 37°,6 le matin, 37°,8 le soir. Pouls 96. Aucun gonflement au niveau de la plaie. Ventre souple; utérus indolore, mais toux persistante et point de côté à droite.

Le quatrième jour, 39° le matin et 39°,5 le soir. Injection intra-utérine le matin et le soir.

Le cinquième jour, 39° le matin. Curettage. Irrigation continue pendant 18 heures. Température : 39°,7.

Léger frisson. Délire. La température reste stationnaire. Le 6e jour température le matin 38°,2; le soir 39°,4. Injection de 15 cc. de sérum antistreptococcique de Charrin et Roger.

Le lendemain, agitation, délire, crachats jus de pruneaux et hémoptoïques.

Morte le 13 mai à 2 heures du matin.

Autopsie. — Plaie opératoire réunie par première intention (a été photographiée). Aucun fil n'a suppuré. Après section de la cicatrice au thermocautère, on prend avec une pipette quelques gouttes de sérosité sanguinolente dans l'espace rétro-symphysien.

Les cultures en sont restées stériles.

Il a été impossible d'ouvrir le ventre (autopsie refusée) et de faire des cultures du contenu utérin.

Par l'incision d'un espace intercostal à droite, là où siégeait le point de côté, on prend, à l'aide d'une pipette du liquide dans le poumon. Les cultures du liquide pulmonaire et les préparations faites par le Dr Bouffe de Saint-Blaise, chef de laboratoire, donnent du staphylocoque et du streptocoque.

L'enfant fut, aussitôt après son extraction, reçu par M. Pinard, et soigné exclusivement par lui. Cet enfant est pâle, tous les téguments sont décolorés et les membres dans la résolution. Le forceps n'a laissé aucune trace de son application.

Le cœur bat très faiblement et très lentement. Aucun mouvement inspiratoire. Désobstruction des voies respiratoires. A l'aide du tube laryngien, aspiration de la trachée qui ramène deux

énormes bouchons de mucosités épaisses et verdâtres. Quelques secondes après, première ébauche d'inspiration spontanée. A chaque inspiration, le thorax se développe dans tous ses diamètres.

Malgré ces faibles mais fréquents mouvements inspiratoires la peau ne se colore pas, et les battements du cœur restent aussi lents. A ce moment, léger cri de l'enfant. Puis, au moment où l'on croit que le véritable cri va se faire entendre, la physionomie grimace, le cœur et la respiration s'arrêtent subitement. L'insufflation pratiquée immédiatement se montre aussi inefficace que les tractions rythmées de la langue. Poids de l'enfant : 3,030 grammes. Diamètre bi-pariétal : 95. L'autopsie n'a pas été faite. Le fœtus est conservé pour M. Brissaud qui fera un examen complet de l'encéphale.

OBS. **789.** — LVIe *Symphyséotomie*, pratiquée le 15 mai 1895 (WALLICH).

La nommée L.., primipare, entre le 14 mai à minuit à la clinique Baudelocque.

Antécédents obstétricaux. — A marché à 4 ans et demi. Examen : peu de déformations du squelette, sauf au niveau des tibias qui présentent une convexité antérieure en lame de sabre.

Dernières règles du 10 au 15 août 1894. Bassin rétréci. Diamètre promonto-sous-pubien : 102 millim. Diamètre mi-sacro-pubien : 106. Tête en bas, dos à gauche.

Le col est en voie d'effacement. Le 15 mai, 10 heures du matin, dilatation égale à 5 francs. Poche tendue ne permettant pas la mensuration entre la suture sagittale et le bord inférieur de la symphyse.

A 2 h. 50 du soir, la dilatation est complète, on rompt les membranes. A 5 h. 25, la tête ne s'engage pas, la suture sagittale est à 95 millim du bord inférieur de la symphyse. La symphyséotomie est décidée. On introduit d'abord dans le vagin un ballon Champetier, la femme étant primipare.

Anesthésie à 6 heures et extraction du ballon. Section de la symphyse. Écartement provoqué de 6 centim. Application de forceps, déchirure de la petite lèvre gauche faisant communiquer la vulve et la plaie. Délivrance artificielle. Suture de la plaie vaginale au catgut. Suture de la plaie opératoire aux fils d'argent Pansement ordinaire.

Suites de couches absolument physiologiques.

L'enfant du poids de 3,615 grammes avec un diamètre bi-pariétal de 9 cent. crie dès que les voies respiratoires sont désobstruées, Il pèse lors de sa sortie le 21 mai 1895, 3,700 grammes.

La mère et l'enfant sortent bien portants le 13 juin 1895.

Revus en parfait état le 9 décembre 1895.

OBS. **811**. — LVII[e] *Symphyséotomie*, faite le 19 mai 1895 (A. PINARD).

La nommée B. P..., 23 ans, entrée le 25 avril 1895.

Antécédents. — A marché à 3 ans. Accouchement gémellaire prématuré en 1893. 2 filles mortes le huitième jour.

Dernières règles du 22 au 28 août. A l'entrée au dortoir on constate que le fœtus a la tête en bas et le dos à gauche.

Bassin vicié. Diamètre promonto-sous-pubien : 90 millim.

Le 19 mai à 10 heures du matin, rupture spontanée de la poche des eaux. Dilatation comme 5 francs. Liquide amniotique vert foncé. Tête élevée, suture sagittale à 63 millim. du pubis. On place 3 doigts de champ au-dessous de la tête. Bruits du cœur fœtal, bons. Tête toujours en G.

11 h. 20 symphyséotomie. Écartement spontané : 4 centim. Écartement provoqué ; 6 centim. 5. La tête s'engage aussitôt en GT, on cesse le chloroforme. La femme expulse spontanément un enfant de 2,480 gr. (diamètre bi-pariétal : 9) qui se met à crier aussitôt.

Délivrance par expression.

Suture habituelle à 11 h. 55 du matin.

Suites de couches pathologiques. Injections intra-utérines : Curettage le septième jour.

La mère et l'enfant sortent bien portants le 6 juillet 1895.

N'est pas venue le 9 décembre 1895.

OBS. **863**. — LVIII[e] *Symphyséotomie*, pratiquée le 27 mai 1895 (WALLICH).

La nommée M..., primipare, entre le 4 avril à la clinique Baudelocque.

Antécédents. — A marché à 1 an. Examen du squelette : scoliocyphose dorsale, 1[re] convexité à droite région dorsale ; 2[e] convexité à gauche région dorso-lombaire, légère incurvation des

fémurs et des tibias. Voussure du sternum. Les côtes inférieures entrent dans le bassin.

Dernières règles du 12 au 15 août 1894. Bassin rétréci :

Mensuration externe d'un ischion à l'autre........	6 centim.	5
Mensuration interne, largeur de l'arcade pubienne.	6 —	
Union de la 1er et de la 2e vertèbre sacrée.........	11 —	
Diamètre coccy sous-pubien....................	8 —	4
Mensuration externe de l'arcade pubienne........	7 —	

On ne peut atteindre l'angle sacro-vertébral.

Tête en bas, dos à droite.

Début du travail : le 27 mai à 1 heure du matin ; rupture précoce de la poche des eaux.

La dilatation est complète à 10 h. 30 du matin le 27 mai. On pratique l'examen sous le chloroforme. On engage la femme à pousser, la tête est très engagée, mais le mouvement de rotation ne s'accomplit pas. Vers 2 heures on constate que la tête a très peu progressé ; elle est toujours en D T. Application du forceps, mais le mouvement de rotation est impossible. Hémorrhagie venant de lésions vaginales, arrêtée à l'aide de pinces et d'un peu de compression. On incise la peau à 3 h. 15 ; à 3 h. 20 section de la symphyse terminée à 3 h. 24. Écartement spontané 3 centim., provoqué 4 centim. 5.

Application de forceps à 3 h. 26 en D T. prise régulière. Au moment de l'introduction des branches, l'écartement est de 4 centim., forceps articulé à 3 h. 28. Extraction de l'enfant à 3 h. 30. L'enfant est né étonné mais il est ranimé à l'aide de frictions légères, fait sa première inspiration à 3 h. 31 puis respire régulièrement.

A 3 h. 35 délivrance artificielle par Mlle Roze, le placenta est presque complètement adhérent.

Points de suture profonds et superficiels au fil d'argent.

Poids de l'enfant à sa naissance 3,850 grammes et à son départ 3,700 grammes.

Diamètre bi-pariétal : 97. Parti en nourrice le 31 mai.

Suites de couches, — absolument normales.

La femme sort bien portante le 22 juin 1895.

OBS. **906**. — LIX[e] *Symphyséotomie*, pratiquée le 3 juin 1895 (VARNIER).

La nommée Marie H..., entre à la clinique Baudelocque le 25 avril 1895.

Antécédents. — A marché très tard dit-elle.

1[ere] Grossesse. Accouchement provoqué à 7 mois, par M. Herrgott à Nancy, fille vivante, morte à 5 mois.

2[e] Grossesse. Fille à terme, morte pendant le travail et extraite à l'aide d'une application de forceps faite à Nancy, par M. Herrgott.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 10 au 14 août.

Bassin vicié. Diamètre promonto-sous-pubien : 96 millim.

Tête en bas, dos à gauche.

Le 2 juin, à 9 heures du soir, cette femme est amenée à la salle de travail.

Le col est en voie d'effacement, la tête très élevée, les bruits du cœur du fœtus sont normaux.

Contractions fréquentes et énergiques. Le 3 juin à 1 h. 15 matin, dilatation complète, la poche des eaux est très volumineuse.

Rupture artificielle des membranes pendant qu'un aide maintient la tête au-dessus du détroit supérieur.

Le liquide amniotique s'écoule lentement, il est vert, épais.

A ce moment la suture sagittale est en rapport avec l'angle sacro-vertébral. On fait pousser la femme : elle fait sans résultat des efforts énergiques pendant une heure environ.

Symphyséotomie à 4 h. et demie du matin.

Tête non engagée, très haute, débordant les pubis, en attitude indifférente, suture sagittale près du promontoire qui déprime sa berge postérieure à mi-chemin entre la fontanelle antérieure et la postérieure. Dilatation complète, poche rompue.

Diamètre promonto-sous-pubien : 96 millim.

1[re], 2[e] sacrée sous-pubis, 94 millim., mi-sacro pubien 98.

4 heures matin. Chloroforme.

4 h. 30 — Incision cutanée.

4 h. 38 — Section terminée et écartement spontané de centimètres.

Écartement provoqué à l'aide du dilatateur à vis 4 centim. lors que l'aiguille a marqué 65 millim. (vérifié à l'aide des oigts et de l'écarteur sensible).

Écartement provoqué par abduction des cuisses sous le contrôle de l'écarteur sensible : 65 millim.

4 h. 50. Introduction de la main et exploration de la tête.

L'attitude ne s'est pas modifiée; en essayant de réduire l'inclinaison, de fléchir et d'engager par pression hypogastrique on ne parvient pas à amorcer la tête qui roule d'un côté à l'autre.

Le forceps ferait une mauvaise besogne.

M. Varnier décide de faire la version. Abaissement du pied droit, fœtus évoluant en sacro postérieure.

Rotation qui fait disparaître l'obstacle.

Extraction très simple sans manœuvre de Champetier, terminée à 4 h. 55.

L'enfant crie cinq minutes après : ni désobstruction, ni insufflation.

Poids de l'enfant 2,950 grammes. Diamètre bi-pariétal 97.

Suites de couches. — Une seule fois, élévation de température le 6e jour, 38°,2. Réunion par première intention. La femme sort complètement guérie le 6 juillet 1895. Restée comme nourrice, avec son enfant, dans le service où elle est encore actuellement.

OBS. **935**. — LXe *Symphyséotomie*, pratiquée le 7 juin 1895 (A. PINARD).

La nommée T..., primipare, âgée de 25 ans, entre à la clinique Baudelocque le 26 mai 1895.

Antécédents obstétricaux. — Cette femme a marché tôt, puis a cessé et a repris la marche à 5 ans. Toujours bien depuis. Elle a eu ses dernières règles du 24 au 27 septembre 1894.

Bassin vicié. Diamètre promonto-sous-pubien : 82 millim. On hésite d'abord, vu les dimensions du bassin, entre la symphyséotomie et l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarienne. On se décide pour la symphyséotomie.

Le 6 juin 1895, à 2 heures du matin, rupture prématurée des membranes, liquide amniotique vert. Col en voie d'effacement. Malgré des contractions énergiques, la dilatation se fait lentement. Le 7 juin, à 10 h. 45 du matin, elle n'est encore que de 5 francs comme la veille à 7 heures du soir. Le liquide est plus vert et plus épais.. M. Pinard décide d'agrandir le bassin pour permettre à la dilatation de se compléter. On introduit dans le vagin un

ballon Champetier que l'on distend à son maximum. Chloroforme. A 10 h. 58, incision de la peau, section de la symphyse. Écartement provoqué de 7 centim. On met 3 points de suture provisoire. Pansement de la plaie à l'iodoforme, on laisse les choses en état. Les contractions reparaissent à 2 h. 40 du soir et la tête descend un peu.

A 7 h. 25 du soir, la dilatation est complète. On enlève les sutures provisoires et on fait une application de forceps. Extraction à 7 h. 40 d'un enfant pesant 3,020 gr. Diamètre bi-pariétal 90. Mort le lendemain de sa naissance de convulsions. A été conservé pour M. Brissaud.

Suites de couches, pathologiques. Irrigation continue et curettage. Cette femme sort complètement guérie le 25 juillet 1895.

Obs. **990**. — LXI[e] *Symphyséotomie* du 16 juin (A. Pinard).

La nommée B..., primipare, entre à la clinique Baudelocque le 15 juin à 4 heures du soir.

Dernières règles, première quinzaine de septembre. Examen: tête en bas, dos à gauche, enfant vivant, membranes rompues au début du travail.

Bassin vicié. Diamètre promonto-sous-pubien: 104.

Début du travail 6 heures du soir. Dilatation complète le 16 juin à 11 h. 30 du matin; la tête à ce moment est encore très élevée, la suture sagittale est à 6 centim. 2 de la symphyse pubienne, les choses restent dans cet état jusqu'à 5 heures du soir, les contractions sont moins fréquentes et moins intenses.

M. Pinard tente une application de forceps. La tête ne descendant pas, M. Pinard décide de pratiquer une symphyséotomie. A 7 h. 10 on donne du chloroforme; incision de la peau et section de la symphyse, écartement provoqué 5 centim. et demi. Application de forceps, extraction du fœtus à 7 h. 22, poids 3,200 grammes. Bi-pariétal 91. Très bien portant à sa sortie, poids 3,420 grammes.

Suites de couches, pathologiques. Injection intra-utérine le deuxième et le troisième jour.

La femme sort le 10 juillet complètement guérie.

Obs. **1080**. — LXII[e] *Symphyséotomie*, pratiquée le 2 juillet 1895 (A. Pinard).

La nommée P..., multipare, âgée de 33 ans, entre le 1[er] juin à

la clinique Baudelocque, est gardée en observation au dortoir.

Antécédents. — A marché à 1 an.

Squelette petit, incurvation notable des tibias.

Bassin vicié. Diamètre promonto-sous-pubien 90 millim.

Antécédents obstétricaux. — Première grossesse à terme. Siège. Forceps, tête dernière, enfant mort.

Deuxième grossesse. Accouchement provoqué à 8 mois et demi, enfant mort de convulsions 4 jours après.

Troisième grossesse. Accouchement à terme. Siège. Fœtus mort pendant le travail.

Quatrième grossesse. Accouchement à terme. Siège. Enfant mort et macéré.

Cinquième grossesse. Accouchement à terme. Siège. Enfant mort pendant le travail.

Sixième grossesse. Symphyséotomie à la clinique Baudelocque après deux applications de forceps en ville (obs. 53, année 1894, 29e symphyséotomie), enfant mort quelques heures après ; à l'autopsie, on trouve 14 fractures du crâne.

Grossesse actuelle. — Ne sait quand elle a eu ses dernières règles.

Le 2 juillet à 5 heures du soir, la parturiente éprouve les premières douleurs.

On trouve à ce moment une présentation de l'épaule droite en dorso-antérieure. La tête est facilement ramenée : ceinture eutocique.

A 7 heures et demie du soir, dilatation complète, rupture spontanée de la poche des eaux. Le fœtus a la tête en bas, *mal fléchie* ; dos à droite. A 7 h. 35 du soir symphyséotomie.

Les 2 pubis sont écartés normalement d'environ un demi centim. L'incision postérieure est rendue difficile par les adhérences de l'opération antérieure car il existe une union intime entre les tissus fibreux postérieurs, la vessie et le vagin en bas.

Ecartement provoqué de 4 centim. et demi.

Application de forceps en droite transversale qui défléchit la tête.

Version par manœuvres internes ; extraction à 9 heures d'un enfant vivant, facilement ranimé de 3.160 grammes Diamètre bipariétal: 99 millim.

Délivrance artificielle. Après l'opération, on constate qu'il

existe un arrachement de l'attache du vagin à l'utérus sur une surface d'environ 4 cent. à gauche et en arrière. Rien à l'utérus ni à la vessie ; tamponnement et bandage compressif.

Suites de couches, légèrement pathologiques. La mère et l'enfant sortent bien portants le 1er septembre. Revus en parfait état le 9 décembre 1895.

Obs. **1322**. — LXIIIe *Symphyséotomie*, pratiquée le 25 août 1895 (Funck-Brentano).

La nommée T..., primipare, âgée de 29 ans, entre à la clinique Baudelocque le 13 août à 4 heures du soir.

Antécédents. — A marché tard ; ne sait à quel âge. Femme de petite taille. Membres inférieurs courts, légèrement incurvés. Bassin vicié. Diamètre promonto-sous-pubien : 95 millim. Fœtus vivant. Tête en bas. Dos à droite. Rupture prématurée de la poche des eaux le 13 août à 4 heures du matin. Début du travail à 7 heures du matin. A l'entrée dans le service, à 4 heures du soir le liquide amniotique est vert et épais.

Jusqu'au 14 août à 10 heures du matin, les contractions sont peu énergiques. A ce moment, elles deviennent plus fréquentes et l'orifice commence à se dilater. A 6 heures du soir M. Wallich introduit dans l'orifice un ballon Champetier incomplètement distendu qui donne une dilatation comme une paume de main.

A 11 h. 20, on introduit un deuxième ballon dans le vagin pour distendre les parties molles. La tête est toujours très élevée, la suture sagittale appliquée directement derrière la symphyse.

Température de la femme 38°,2. Pouls 90°. Pouls fœtal, 166.

Le 15 à 1 heure du matin, anesthésie. Symphyséotomie (12 minutes). Écartement spontané, 2 centim. 5; provoqué à l'aide de l'écarteur à vis, 6 centim. 5.

M. Wallich fait trois applications de forceps. Le cordon fait procidence à la 3e, et on ne peut plus y percevoir de battements. Version par manœuvres internes. Le cœur de l'enfant ne bat plus malgré l'insufflation, il est impossible de le ranimer.

Poids de l'enfant 4,960 grammes. Diamètre bi-pariétal 10cm,5.

Délivrance artificielle à 1 h. 50.

Il n'existe aucune solution de continuité des parties molles. 'uture de la plaie opératoire.

Suites de couches. — La température qui était de 38°,5 au

moment de l'opération, et le pouls à 120, n'ont pas baissé dans les jours suivants.

On fait, le lendemain, une injection intra-utérine, la température du soir étant à 39°,2.

Le quatrième jour, 38°,6 le matin; on pratique le curettage qui ramène de nombreux débris.

Le 19, quatrième jour 39°,2 le matin, 38°,6 le soir. Injection intra-utérine.

Le 20, les fils de la suture suppurent, la plaie est rouverte, grattée avec une curette, et touchée au chlorure de zinc au 1/10.

Du 20 au 27, malgré des pansements phéniqués renouvelés toutes les quatre heures, et de fréquents lavages de la plaie, celle-ci se recouvre de fausses membranes grisâtres.

C'est alors qu'on s'aperçoit que la malade, par curiosité, dit-elle, introduit ses doigts dans le pansement, depuis le début des accidents.

A partir du 27, la plaie bourgeonne, et se comble régulièrement. Mais elle est entourée d'une rougeur diffuse.

Le 6 septembre, phlébite de la jambe droite. Pendant tout ce temps, la température n'est pas tombée au-dessous de 38°. Le 15, phlébite de la jambe gauche.

Le 20, érythème de la région sus-pubienne et de la partie interne de la cuisse gauche. Nombreuses phlyctènes.

Le 22, abcès de la région temporale incisé et drainé.

État stationnaire jusqu'aux premiers jours d'octobre.

Le 5 octobre, mort subite par embolie, 46 jours après l'opération.

L'*autopsie* a été refusée.

Obs. **1528**. — LXIV° *Symphyséotomie*, pratiquée le 22 septembre (Funck-Brentano).

La nommée G..., primipare, âgée de 23 ans, entrée à la clinique le 22 septembre 1895.

Antécédents. — A marché à 7 ans, toujours bien depuis, ne présente pas de déformation rachitique bien accusée quoique de très petite taille. Bassin vicié. Diamètre promonto-sous-pubien : 85. Dernières règles du 15 au 19 décembre 1894.

A son entrée à la salle de travail, le 22 septembre à 5 h. 30 du matin, la tête est très élevée et mobile au-dessus du détroit supé-

rieur. Dos à gauche, dilatation comme 5 francs. Membranes intactes. M. Varnier décide de faire pratiquer la symphyséotomie d'emblée par M. Funck-Brentano, la dilatation étant complète à 9 heures du matin, la poche intacte. Anesthésie.

9 h. 7 à 9 h. 10. Section de la symphyse. Écartement provoqué par abduction des cuisses : 6 centim. (écarteur sensible).

9 h. 20, rupture artificielle des membranes (liquide amniotique normal), et version par manœuvres internes, par M. Varnier.

Extraction facile de la tête dernière sans manœuvre de Champetier, terminée à 9 h. 25.

Délivrance artificielle.

Suture de la plaie opératoire au fil d'argent.

Enfant né vivant et criant. 3,440 grammes. Enfoncement très accusé du pariétal gauche au-devant de la bosse (a été photographié). A aucun moment il n'y a eu de symptômes de compression cérébrale. Du fond de la dépression à la bosse pariétale opposée, 92mm.

A son départ, l'enfant pèse 4,120 grammes. La dépression pariétale a diminué de moitié.

Suites de couches, normales; femme et enfant partis en parfait état le 20 octobre 1895 et revus le 8 décembre 1895.

Obs. **1708**. — LXVe *Symphyséotomie*, pratiquée le 27 octobre 1895 (Varnier).

La nommée B..., primipare, arrive à la clinique Baudelocque le 27 octobre 1895.

Antécédents. — Ne sait quand elle a marché. Déformations rachitiques très accusées. Bassin vicié. Diamètre promonto-sous-pubien, 93.

Dernières règles du 18 au 20 janvier 1895.

A son entrée à la salle de travail, le 27 octobre 1895 à 2 h. 45 du matin, la dilatation est complète. L'enfant vivant présente l'épaule. Version par manœuvres externes.

A 3 h. 15 du matin, Mlle Roze rompt les membranes et la tête se fixe au détroit supérieur, dos à gauche ; à ce moment la suture sagittale est derrière la symphyse pubienne. De 3 h. 15 à 8 h. 1/2 du matin, les efforts d'expulsion ne modifient pas l'attitude de la tête ; le fœtus rend son méconium.

Anesthésie.

Section de la symphyse. Application de l'écarteur sensible. L'écartement provoqué par abduction des membres inférieurs est de 6 centim.

Application de forceps. Tractions douces. L'écarteur marque 6 centim. et demi sans que la tête fasse de progrès.

M. Varnier enlève immédiatement le forceps et pratique la version par manœuvres internes. Il amène le pied droit (bon pied). Extraction très facile. Délivrance artificielle.

Suture de la plaie opératoire au fil d'argent.

Enfant né étonné, rapidement ranimé sans insufflation. Bosse séro-sanguine sur le pariétal postérieur. Enfant du poids de 3,540 grammes ; à son départ, 3,980 grammes.

Suites de couches, normales. Mère et enfant partis en bon état le 25 octobre 1895. Revus le 9 décembre 1895.

Obs. **1822**. — LXVI[e] *Symphyséotomie*, pratiquée le 19 novembre 1895 (A. Pinard).

La nommée D..., 35 ans, secondipare, entre à la clinique Baudelocque le 22 octobre 1895.

Antécédents. — A marché à 2 ans, toujours bien, petite taille, présente des traces de rachitisme. Bassin vicié. Diamètre promonto-sous-pubien : 92. Mi-sacro-pubien, 100.

Antécédents obstétricaux. — Première grossesse. Accouchement provoqué à huit mois (à la Charité), enfant mort-né. La femme ne peut donner aucun renseignement, ayant été endormie.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 1[er] au 9 février. Tête en bas, très élevée. Dos à droite. Début du travail, 19 novembre à 10 h. et demie dilatation complète à midi. M. Pinard décide qu'il fera la symphyséotomie d'emblée avant de rompre les membranes.

Midi 5, anesthésie. Incision de la peau à midi 10. Section de la symphyse à midi 13, écartement provoqué, 6 centim.

Rupture artificielle des membranes, liquide vert.

Introduction immédiate de la main et version par manœuvres internes. Midi 20. Extraction du fœtus, du poids de 3,120 grammes. Bi-pariétal 88. Pesant actuellement 3,070 grammes. Expulsion spontanée du placenta.

Pansement ordinaire de la plaie opératoire.

Suites de couches, normales. Mère et enfant actuellement dans le service sont en parfait état.

Obs. **1843**. — LVIIe *Symphyséotomie*, pratiquée le 23 novembre 1895 (Bouffe de Saint-Blaise).

La nommée D..., 22 ans, primipare, arrive à la clinique le 4 novembre 1895.

Ne sait à quel âge elle a marché, a toujours bien marché. Bassin vicié. Diamètre promonto-sous-pubien : 104.

Début du travail, 9 heures du soir, le 21 novembre 1895.

Rupture spontanée prématurée des membranes le 15 novembre 1895.

22 novembre 1895 à 10 heures du soir, la dilatation est comme une petite paume de main.

La suture sagittale est à 5 cent. 2 du bord inférieur de la symphyse. A 11 h. 45 du soir, la dilatation a peu augmenté, les bords de l'orifice sont souples. On introduit un ballon Champetier pour dilater les parties molles.

La parturiente est surmenée, le pouls est à 130°, les choses étant toujours dans le même état. On donne du chloroforme à 11 h. 50.

A minuit, incision des téguments, section de la symphyse, à minuit 8; écartement provoqué, 6 centimètres.

Application de forceps en D T ; pendant la descente de la tête, déchirure assez considérable des parties molles faisant communiquer le vagin avec la plaie opératoire ; au moment de pratiquer la rotation, les tissus sont tellement tendus que l'on incise latéralement le périnée. L'urèthre est rejeté à gauche non déchiré.

Délivrance artificielle. Suture de la déchirure au catgut. Suture de la plaie opératoire au fil d'argent. Pansement ordinaire.

L'enfant pesait à sa naissance 3,400 grammes. Diamètre bipariétal : 86.

Suites de couches, légèrement pathologiques. La malade urine le lendemain de l'opération. Injection intra-utérine. Mère et enfant en bon état, actuellement dans le service.

Obs. **1887**. — LXVIIIe *Symphyséotomie*, pratiquée le 28 novembre 1895 (A. Pinard).

La nommée H..., 21 ans, primipare, arrive à la clinique Baudecque le 7 octobre 1895.

Antécédents. — Ne sait quand elle a marché, a toujours bien marché. Ne présente aucun signe de rachitisme.

Dernières règles, 12-15 février. Bassin vicié, diamètre promonto-sous-pubien 101, mi-sacro-pubien 99. Tête en bas. Dos à gauche.

Début du travail, le 28 novembre à une heure du matin, dilatation comme un franc à son entrée à la salle de travail.

A 2 h. 30 du soir le 28 novembre. M. Wallich trouve au toucher la suture sagittale immédiatement derrière la symphyse ; à 5 heures du soir les choses sont dans le même état; à 8 heures du soir la dilatation est comme une paume de main.

A 9 h. 45. Introduction d'un ballon Champetier dans le vagin.

A 10 h. 40. Extraction du ballon ; on place alors un tampon de gaze iodoformée dans le vagin ; petite déchirure produite par le ballon dans la région clitoridienne ; on met une pince à forcipressure.

29 novembre, 10 h. 55. Incision de la peau, 10 h. 57, section de la symphyse. Application de l'écarteur. Écartement spontané : 1 centim. et demi, écartement provoqué, 8 centim. et demi, puis de 6. Application de forceps par M. Pinard, tractions lentes et soutenues. La tête est extraite à 11 h. 12. L'enfant crie aussitôt après sa naissance.

Délivrance par expression française, à 11 h. 20. Injection intra-utérine, tamponnement lâche du vagin à la gaze iodoformée. Pansement ordinaire. Déchirure du vagin le faisant communiquer avec la plaie opératoire; seule, la peau n'a pas été déchirée, on peut introduire une sonde dans le canal de l'urèthre dévié à droite, et dans la vessie : il s'écoule quelques gouttes d'urine claire. Le cathétérisme avait été pratiqué avant l'opération. (Le bassin n'a pas été refermé pour l'extraction.)

Enfant pesant 3,720 grammes à sa naissance et actuellement 3,720. Diamètre bi-pariétal : 9,6. Mère et enfant en bon état dans le service.

Légère élévation pendant les jours suivants.

Il résulte de ces observations : 1° que la symphyséotomie a été pratiquée par nous du 7 décembre 1894 au 7 décembre 1895 :

12 fois chez des primipares.
8 fois chez des multipares;

2° Que la symphyséotomie a été pratiquée dans les vingt

cas, l'enfant présentant la tête au niveau du détroit supérieur ;

3° Que la symphyséotomie a été pratiquée :

18 fois sur des bassins viciés par le rachitisme (avec maximum de rétrécissement au détroit supérieur).

1 fois dans un bassin cypho-scoliotique rachitique (avec maximum du rétrécissement au détroit inférieur).

1 fois dans un cas de bassin oblique ovalaire (type Nægele).

4° Que la symphyséotomie a été pratiquée pour la deuxième fois chez la même femme dans trois cas, obs. 313, 315, 1080;

5° Que l'extraction de l'enfant a eu lieu après l'agrandissement momentané du bassin :

14 fois à l'aide du forceps.

3 fois à l'aide de la version précédée d'une application du forceps restée infructueuse ou jugée périlleuse.

3 fois à l'aide de la version pratiquée d'emblée.

Résultat final de ces vingt symphyséotomies :

17 femmes vivantes.	17 enfants vivants.
3 femmes mortes.	3 enfants morts.

Mortalité maternelle.

La première femme, morte le 2 février 1895 (obs. 145, 49e symphyséotomie) était entrée dans le service le 30 janvier à 6 heures du soir, en travail et atteinte de la grippe. L'opération fut exempte de toute complication, bien qu'il s'agit d'un bassin oblique ovalaire (reconnu seulement à l'autopsie). Seuls, des troubles respiratoires inspirèrent quelque inquiétude pendant l'opération. Des vomissements de sang et des vomiques se montrèrent dès la première journée et un dernier vomissement emporta cette malade le troisième jour.

L'autopsie, faite par le Dr Widal, démontre trois choses : 1° des lésions pulmonaires anciennes (dilatation bronchique) et récentes (broncho-pneumonie grippale) ayant entraîné la mort; 2° l'intégrité absolue du péritoine; la réunion parfaite de la plaie opératoire et l'absence de tout épanchement sanguin dans les tissus périphériques; 3° l'existence d'un bassin oblique ovalaire de Nœgele.

La deuxième femme, morte le 15 mai 1895, était dans le service depuis le 11 avril (obs. 727, 55e symphyséotomie); opérée le 5 mai, dans les meilleures conditions, elle accusa le troisième jour, un point de côté avec élévation de température d'abord légère et mourut le huitième jour après avoir présenté les symptômes d'une broncho-pneumonie.

L'autopsie complète nous a été refusée, mais on a pu constater : 1° que la plaie opératoire était réunie par première intention; 2° que la sérosité de cette plaie n'a pas cultivé; 3° que le liquide pulmonaire, en cultivant, donnait des pneumocoques et des streptocoques.

La troisième femme, morte le 5 octobre 1895, était entrée à la Clinique en travail, le 13 août 1895 (obs. 1322, 63e symphyséotomie). Poche des eaux rompue depuis 12 heures. Liquide vert. Section de la symphyse et agrandissement du bassin faciles, mais extraction de l'enfant très difficile, l'enfant pesant 4,960 et ayant un diamètre bi-pariétal de 105 et le diamètre utile ne mesurant que 8 centimètres. D'où applications de forceps infructueuses et terminaison par une version.

Suites de couches pathologiques. Curettage le 4e jour. Suppuration de la plaie opératoire le 5e. Infection utérine, phlegmatia alba dolens. Tous ces accidents avaient disparu. La guérison paraissait certaine et la plaie était en voie de réunion par seconde intention, quand cette femme mourut subitement d'embolie, quarant-six jours après l'opération.

Mortalité infantile.

L'enfant de la femme C... (obs. 727, 55e symphyséotomie),

né en état de mort apparente, ne put être ranimé, malgré tous mes efforts.

L'extraction à l'aide du forceps avait été facile et rapide.

L'enfant de la femme T... (obs. 935, 60e symphyséotomie) avait souffert pendant toute la durée du travail. Dès la rupture prématurée des membranes le liquide était vert.

L'extraction à l'aide du forceps fut relativement facile. L'enfant mourut de convulsions le lendemain de sa naissance.

L'enfant de la femme T. (obs. 1322, 63e symphyséotomie) fut extrait mort.

Après écartement du bassin de 6 centim. et demi, trois tentatives d'application du forceps furent faites infructueusement. C'est alors seulement qu'on eut recours à la version. C'est pendant ces manœuvres que l'enfant succomba. Enfant pesant, ayant rendu son méconium, 4,960 grammes.

Nous n'avons pas fait l'autopsie immédiate de ces trois enfants, afin de permettre, après durcissement, un examen minutieux de l'encéphale qui sera fait ultérieurement par M. Brissaud.

Après cet exposé, je dois rechercher :

1° *Quels accidents et complications se sont produits au moment de l'opération ou depuis ?*

2° *Quel est, à l'heure actuelle, l'état de santé de nos opérées ?*

3° *Ce que nous a enseigné cette quatrième année d'apprentissage.*

La réponse à la première question se trouve dans les vingt observations et peut être résumée ainsi : *En tant que section de la symphyse et agrandissement du bassin, nous n'avons observé aucun accident ni aucune complication opératoires.*

La symphyse a été dans tous les cas rencontrée et sectionnée très facilement, même chez la femme ayant un bassin oblique ovalaire insoupçonné.

Nous n'avons pas plus cette année que les années précé-

dentes, observé d'hémorrhagie sérieuse. Assurément la symphyséotomie pratiquée sur la femme en travail, occasionne une perte de sang que n'apprend pas à connaître la symphyséotomie pratiquée sur un cadavre ; mais ce que nous avons constaté dans 68 cas me permet d'affirmer qu'aucune hémorrhagie dangereuse n'est à craindre pendant une symphyséotomie bien faite. Que des débutants soient quelque peu effrayés de l'abondance d'une hémorrhagie veineuse en nappe, au moment ou l'on pratique la section de la partie inférieure de la symphyse je le comprends ; mais qu'ils ne perdent pas la tête et surtout qu'ils ne perdent pas leur temps à chercher les vaisseaux qui saignent pour les pincer. Deux choses seules sont à faire en face de ces cas : tamponner la plaie et extraire le fœtus aussi rapidement que possible.

Le manuel opératoire que nous avons suivi est toujours le même dans ses grandes lignes depuis le début de nos interventions.

Une seule modification a été apportée et ne pouvait pas ne pas l'être depuis les travaux du professeur Farabeuf.

Cette modification consiste dans la recherche et l'ouverture de la voie sous-symphysienne. Vous avez tous pu voir avec quelle facilité la sonde-gouttière est alors introduite derrière la symphyse et avec quelle sécurité on procède à la section de la partie inférieure de la symphyse, c'est-à-dire de l'arcuatum.

Donc je puis, avec l'expérience de 68 cas, dire : quand notre maître Farabeuf nous affirmait qu'il était impossible de léser des organes importants ou des gros vaisseaux en opérant correctement, il était absolument dans le vrai. Si le laboratoire est venu éclairer la clinique, la clinique aujourd'hui est heureuse de lui témoigner sa reconnaissance.

En provoquant l'agrandissement du bassin jusqu'à éloigner les surfaces de section de la symphyse de 7 centim. nous n'avons jamais vu se produire de déchirure ni vaginale ni vésicale. Les parois vaginales sont dans quelques cas extrê-

mement tendues, il est vrai, et cette tension montre qu'on ne pourrait guère aller au delà sans redouter des accidents.

Pendant l'extraction de l'enfant, nous avons vu dans quelques cas (obs. 790, 789, 1843, 1887) de légères déchirures vaginales se produire, faisant communiquer la plaie opératoire avec le vagin. Dans un cas (obs. 1843, 67e symphyséotomie) notre chef de clinique le Dr Bouffe de St-Blaise, en voyant une déchirure de la paroi vaginale antérieure se produire avant le dégagement complet de la tête, n'hésita pas à sectionner le périnée en arrière. Des points de suture au catgut ont toujours suffi à assurer la réunion par première intention de ces solutions de continuité.

Est-ce à dire qu'il ne faille rien faire pour éviter ou limiter ces déchirures? Certes non, et je ne saurais trop insister sur les précautions qu'on doit prendre, surtout chez les primipares dont les parties génitales sont mal étoffées et étroites. C'est ainsi que nous procédons toujours chez les primipares, à la dilatation préalable du vagin et de la vulve à l'aide du ballon Champetier de Ribes et que nous prenons la précaution, indiquée par Varnier, de faire refermer le bassin en pressant sur les trochanters quand la tête est engagée. C'est ainsi que je ne saurais trop vous recommander d'extraire le fœtus avec lenteur soit à l'aide du forceps, soit à l'aide de la version.

Quel est, à l'heure actuelle, l'état de nos opérées?

Vous venez d'en voir un grand nombre et vous avez pu juger de leur état général et de leur état local.

Elles ont toutes repris leurs occupations sans plus de fatigue qu'antérieurement.

Il y a plus : nous avons eu cette année cinq femmes chez qui nous avions pratiqué antérieurement l'agrandissement du bassin (4 fois par symphyséotomie et une fois par ischiopubiotomie) et qui, redevenues enceintes, sont venues accoucher dans le service. Trois ont été symphyséotomisées à nouveau, et par les mêmes opérateurs que la première fois; c'est ainsi que Varnier, Lepage et moi avons pratiqué cette

année une deuxième symphyséotomie chez la même femme (obs. 313, 315, 1080).

Pendant la grossesse, aucun relâchement de ces trois bassins ne fut constaté. Si la section de la symphyse ne s'opère plus dans les mêmes conditions que dans une première symphyséotomie, ainsi que je vous l'avais déjà fait remarquer l'année dernière, les difficultés rencontrées ne sont pas difficiles à vaincre.

Et après une deuxième symphyséotomie, la consolidation du bassin se fait aussi bien qu'après une première. Vous pouvez le constater par vous-mêmes car ces trois femmes sont revenues ce matin et vous les avez vues tout à l'heure monter sur une chaise et sauter à pied joints sans la moindre difficulté.

Les deux autres femmes accouchèrent spontanément, l'une, obs. 805, est celle chez laquelle j'avais pratiqué la symphyséotomie après une application de forceps infructueuse et chez laquelle j'avais pu extraire un enfant vivant du poids de 4,630. Cette fois, l'accouchement eut lieu spontanément.

L'autre est la femme Tremoulet (obs. 107), chez laquelle j'ai pratiqué, en 1892, l'ischio-pubiotomie.

Alors qu'elle était enceinte de 7 mois et demi, le travail se déclara spontanément et étant donné le faible volume de l'enfant, je ne songeai pas un instant à lui agrandir à nouveau le bassin. Je fis une version en dirigeant la tête de l'enfant du côté large du bassin et je fis passer ainsi facilement un petit enfant du poids de 2,610 gr.

En résumé, au point de vue de la solidité du bassin, lors de grossesses ultérieures, après une première symphyséotomie, et au point de vue de la consolidation après une 2e symphyséotomie, ce que j'ai observé chez sept de nos femmes, me permet de dire que la question est jugée : il n'y a rien à redouter ; la solidité du bassin n'est nullement compromise par des grossesses ultérieures ou des symphyséotomies répétées.

Que nous a enseigné notre troisième année d'apprentissage ?

Je vous ai déjà dit ce que nous avions gagné au point de vue du manuel opératoire; je vous ai signalé aussi les particularités que présente l'opération lors d'un deuxième agrandissement du bassin chez la même femme.

Nous avons appris autre chose. — Nous avons vu que dans certains cas, il vaut mieux, après l'agrandissement du bassin, pratiquer la version qu'une application de forceps. Je ne viens pas vous dire qu'il vaut mieux dans tous les cas faire la version, et j'insiste sur ce point. D'abord dans bien des cas cela serait impossible, soit parce que le fœtus n'est plus mobile, soit parce que la tête tombant dans le bassin au fur et à mesure que le bassin s'agrandit, est par cela même engagée. A l'heure actuelle la question n'est pas tranchée et mérite d'être étudiée plus longtemps. Je me contente de vous dire ce que l'expérience nous a démontré: dans le cas où après l'agrandissement du bassin, la tête reste très élevée, la version s'est montrée sans aucun doute supérieure à l'application de forceps. Autant je redoutais cette opération dans un bassin rétréci non agrandi, autant aujourd'hui je suis disposé à l'accepter dans un bassin ouvert, n'offrant plus à la tête qu'une résistance élastique. Mais je le répète, cette question de l'extraction de l'enfant après l'agrandissement momentané du bassin est encore à l'étude.

Une fois nous avons pratiqué la section et l'agrandissement du bassin au début de la dilatation (v. obs 935) afin de favoriser et de hâter cette dernière. Cette méthode a, d'après ce que nous avons constaté, des avantages et des inconvénients. L'avenir seul dira si les premiers l'emportent sur les derniers. Nos trois cas (1 de cette année et 2 de l'année dernière) ne suffisent pas pour formuler un jugement définitif et valable.

Vous voyez, Messieurs, d'après ce qui précède, que si au point de vue anatomique Farabeuf a parfait l'œuvre, au point de vue clinique bien des solutions sont encore à trouver. Si

des règles générales sont applicables à tous les cas, il est des règles particulières que seule une expérience longtemps prolongée peut donner. Il est des cas aussi où il est bien difficile d'établir une ligne de démarcation entre l'indication de telle ou telle intervention.

Ainsi dans l'obs. 935, chez cette femme dont le bassin est si petit, je fus longtemps hésitant. Ferais-je une symphyséotomie ou une opération césarienne? Telle est la question que je me posai pendant plusieurs jours. J'optai finalement pour l'agrandissement du bassin. Ai-je eu tort, ai-je eu raison? J'ai eu tort, puisque l'enfant est mort le lendemain. Je l'aurais sauvé certainement en pratiquant l'opération césarienne au début du travail. Mais la mère? et en admettant que la mère eût guéri, elle n'aurait plus eu d'enfants car j'aurais pratiqué l'opération de Porro, l'amputation utéro-ovarique. Ne valait-il pas mieux tenter, pour ce premier accouchement, la symphyséotomie qui d'après le calcul pouvait permettre et de fait a permis, mais à la limite, le passage de l'enfant?

Quelle distance sépare la théorie de la pratique et combien la clinique comportera toujours de cas difficiles! Et cela par la complexité forcée des choses. Celui qui n'aurait en vue que les dimensions du bassin et celles de la tête fœtale, qui ne s'appuierait que sur cela pour dire, ici il faut faire telle ou telle chose, là il faut faire autre chose, oh celui-là se leurrerait étrangement. Et les difficultés et les lenteurs de la dilatation, et les dispositions particulières des parties constituantes de l'œuf qui ont une si grande importance au point de vue du pronostic même quand le bassin est normal et a *fortiori* quand il est rétréci, qu'en faites-vous?

Ce sont ces raisons qui font que la thérapeutique des viciations pelviennes restera toujours l'une des choses les plus difficiles de l'obstétrique. Seules les observations complètes bien prises viendront par leur nombre faire la lumière. C'est pour cette raison que je publie les miennes en disant : faites-vous mieux? et que j'attends les réponses.

Vous l'avez vu, nous avons obtenu dans les vingt cas

d'agrandissement du bassin pratiqué cette année le résultat ci-dessous :

Mères vivantes 17.	Enfants vivants 17.
Mères mortes 3.	Enfants morts 3.

Tel est le résultat brut. Voyons si la symphyséotomie est responsable de ces six morts.

D'abord les mères. J'espère que l'on ne rendra pas l'opération responsable de la mort de la première (49e symphyséomie). Je ne sache pas que la symphyséotomie puisse produire en quelques heures des lésions pulmonaires capables d'entraîner la mort.

La vérité la voici. Quand je vis cette femme elle était dans une situation extrêmement grave, grave à ce point que je me demandai si elle supporterait l'opération. L'enfant était vivant, que fallait-il faire? Tuer l'enfant et pratiquer la basiotripsie. Le résultat eut été complet deux jours après. Pratiquer l'opération césarienne? J'ai pensé que je donnerais plus de chances à la mère en pratiquant la symphyséotomie.

A la vérité, je n'en disconviens pas, j'ai commis une erreur : je n'ai constaté que le rétrécissement antéro-postérieur et nullement l'existence d'un bassin oblique ovalaire. Mais je ferai remarquer que cette femme avait une respiration si difficile qu'il eût été impossible de la faire mettre sur le ventre ; que de plus la bosse séro-sanguine remplissait l'excavation et qu'il était impossible d'aller interroger les ailerons du sacrum. J'eus la chance d'avoir affaire à un enfant petit, ce qui rendit la symphyséotomie suffisante.

Donc voilà un premier cas où la symphyséotomie ne fut pour rien dans la mort de la femme et me permit de sauver l'enfant.

La deuxième (55e symphyséotomie) était chez nous depuis un certain temps ; nous en sommes donc absolument responsables.

Je n'ai jamais vu opération pratiquée plus régulièrement et plus facilement. Sommes-nous responsables de la broncho-

pneumonie qui se déclara trois jours après l'opération et emporta cette pauvre femme? S'agit-il d'une infection utérine à détermination pulmonaire ? je ne le crois point. Mais c'est tout ce que je puis dire, à défaut d'autopsie complète. Je me contente de faire remarquer que la plaie opératoire réunie par première intention n'était pas infectée. Nous en avons eu et je vous en ai fait voir à l'époque la démonstration rigoureuse.

Quant à la troisième (63ᵉ symphyséotomie), la plaie opératoire fut infectée. Est-ce au moment de l'opération, est-ce après et par la femme elle-même ? Cette femme voulut sentir ce qu'on lui avait fait. Elle défit son pansement et alla avec ses doigts explorer sa région pubienne. Assurément si on l'avait mieux surveillée cela ne serait point arrivé. Nous sommes donc ici soit directement, soit indirectement responsables de l'infection de la plaie. Mais l'infection de la plaie opératoire n'a été ici qu'un phénomène accessoire dont on avait aisément triomphé par le drainage et qui plaçait cette femme dans les mêmes conditions que toutes celles qui ont guéri jadis par seconde intention. C'est l'infection utérine qui a dominé la scène; c'est elle qui a été le point de départ de la phlébite qui après avoir envahi successivement les deux membres inférieurs a donné naissance à l'embolie terminale du 46ᵉ jour. Or si l'on comprend aisément l'influence qu'a pu exercer sur la plaie symphysienne l'infection utéro-vaginale, on ne voit pas en quoi la présence de cette plaie symphysienne en voie de réparation a pu influer sur les suites à longue portée de l'infection utérine. Que de femmes après des accouchements spontanés, après forceps, après version, après basiotripsies sont mortes de la même façon!

Des trois enfants deux sont morts de par la lenteur de la dilatation; le troisième de par les difficultés de l'extraction ; il pesait 4,960 gr. après avoir perdu son méconium.

Ces six morts nous montrent que nous ne sommes pas tout-puissants. Qu'on puisse nous reprocher des fautes commises, cela n'est point niable. Quelques-uns de ces cas

doivent nous servir de leçon et nous inviter à chercher encore et toujours la réalisation des conditions permettant seules d'obtenir, sauf les cas de force majeure, le succès complet et constant, à savoir : Asepsie absolue, absence de souffrances de l'enfant pendant la dilatation, extraction facile.

Messieurs, je viens de vous rendre compte de notre bilan en ce qui concerne l'agrandissement momentané du bassin pendant l'année qui vient de s'écouler. Si je l'ajoute à celui fourni par les trois années précédentes j'aurai le tableau ci-dessous :

	13	agrandissements du bassin	en	1892
	14	—	—	1893
	22	—	—	1894
	20	—	—	1895
Total :	69	—	—	en 4 ans

avec les résultats :

62 femmes vivantes	7 mortes
61 enfants vivants	8 morts

Je l'ai déjà dit antérieurement et je le répète, ce résultat brut ne permet de formuler aucune appréciation juste et raisonnée sur l'agrandissement du bassin. Il est absolument nécessaire d'envisager les conditions dans lesquelles l'opération a été pratiquée. C'est ce que j'ai essayé de faire plus haut pour les cas de cette année comme je l'ai déjà fait pour les cas antérieurs.

Cette statistique, je le répète bien haut, avec l'espoir d'être enfin entendu, ne peut être raisonnablement comparée ni aux statistiques fournies par l'accouchement prématuré provoqué, ni a celles fournies par l'opération césarienne, et voici pourquoi.

Toutes les femmes chez lesquelles on provoque l'accouchement sont des femmes saines, hospitalisées et soignées avant toute intervention.

Les césariens n'opèrent pas toutes les femmes en travail justiciables d'après eux de cette opération ; ils choisissent leurs cas et pratiquent souvent l'embryotomie sur l'enfant vivant quand l'utérus a été infecté ou *est soupçonné d'avoir pu l'être.*

Mais nous avons, nous, cette année comme les précédentes, pratiqué l'agrandissement du bassin *dans tous les cas où l'enfant était vivant,* quel que fût l'origine et l'état de la mère, au moment où l'intervention s'imposait.

Donc aucune comparaison sérieuse possible.

Dire : l'accouchement provoqué donne tant de mortalité, l'opération césarienne donne tant, la symphyséotomie donne tant, je vais choisir, n'est pas faire œuvre de clinicien. On ne peut comparer que des choses comparables.

Les résultats que je vous ai donnés sont-ils les seuls résultats de la symphyséotomie ? Loin de là.

Les bienfaits de la symphyséotomie sont bien autrement considérables, je le répète après Varnier et Farabeuf.

Que de femmes accouchées spontanément d'enfants à terme vigoureux et bien portants et qui d'après les indications classiques étaient justiciables de l'accouchement provoqué et de sa mortalité infantile... prophylactique !

N'avez-vous pas vu il y a quelques jours encore, une femme chez laquelle on avait, dans un service d'accouchements, jugé utile d'interrompre deux grossesses antérieures, accoucher spontanément d'un enfant vivant pesant 3,600 gr. ?

Réduire considérablement le nombre des opérations, permettre à nombre d'enfants de naître spontanément à terme, et permettre de n'en plus tuer, tel est le véritable bilan de la symphyséotomie.

Ce qu'on peut comparer et ce que je désire vivement comparer c'est une statistique intégrale et détaillée, publiée chaque année comme la mienne, donnant tous les cas, comme celle que je publie, et alors la lumière pourra se faire.

C'est de cette statistique qu'il me reste à vous parler (voir les tableaux pages 36 à 43).

Vous le voyez j'ai eu encore deux décès chez des femmes ayant le bassin rétréci.

Chez l'une, le bassin avait une viciation complexe et le rétrécissement était tel que la symphyséotomie ne m'aurait pas donné un écartement suffisant. Je pratiquai l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique. Malheureusement je fus obligé d'opérer la nuit et j'eus dans ce cas particulièrement difficile toute une série d'accidents opératoires. L'opération était difficile sur cette femme, le fémur droit était ankylosé à angle droit sur le bassin, j'étais mal éclairé. Malgré cela, l'incision de l'utérus, l'extraction de l'enfant, l'amputation utéro-ovarique s'étaient effectués sans accidents, quand, au moment où je pratiquais les sutures abdominales, le clamp appliqué sur le moignon cassa. Pendant que j'ouvrais le ventre à nouveau, des vomissements se montrèrent, les intestins vinrent en masse faire hernie dans la plaie et il est certain qu'à ce moment une faute fut commise, car la femme mourut de péritonite septique le quatrième jour. La mensuration du bassin sur la table d'autopsie montra du moins que la seule opération possible était l'opération césarienne.

Chez l'autre, amenée dans le service avec un enfant mort, une basiotripsie fut pratiquée. Des accidents se montrèrent pendant l'anesthésie, purent être conjurés immédiatement mais la femme mourut le lendemain. L'autopsie ne démontra qu'une congestion pulmonaire très intense avec adhérences pulmonaires généralisées.

Si au moment de l'entrée de cette femme, l'enfant avait été vivant, la symphyséotomie aurait été pratiquée et un décès de plus aurait été mis sur le compte de cette opération. Eh bien, je ne mets nullement la mort de cette femme au compte de la basiotripsie. Il n'y avait aucune lésion produite au niveau du canal génital par le fait de l'extraction.

Je viens de vous montrer les méthodes appliquées, les procédés employés, les efforts faits pour lutter contre les viciations pelviennes.

Rétrécissements du bassin, depuis le

N°s D'ORDRE	N°s DU REGISTRE	MOIS	JOUR	*Multipares* — ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	*Multipares* — ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	*Multipares* — ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	*Primipares* — ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	*Primipares* — ACCOUCHEMENTS ARTIFI[CIELS]
		1894						
1	1995	Déc.	7		Travail :		Travail : 30 h.	
2	2006	*Id.*	9	1er accouch. spont. à terme, 2e acc. spont. à terme, 3e fœtus macéré.	8 h.	»	»	»
3	2066	*Id.*	19	Tous les accouch. 7 spont. à terme. Sommet vivant.	1 h.	»	»	»
4	2074	*Id.*	20	1er accouch. forceps à terme. Enfant vivant, 2e à terme forceps vivant.	20 h.	»	»	»
5	2077	*Id.*	21	1er accouch. à 8 m. 1/2 forceps à la Charité enfant mort 6 jours après.	4 h. 1/2	»	»	»
6	2084	*Id.*	22	1er acc. spont. enf. 2,900, vivant.	12 h. Proc. du cord.	»	»	»
7	2088	*Id.*	23	5 avortem. 1 acc. prématuré 3e acc. spont. à terme 3 forceps 1 version.	10 h. 20	»	»	»
8	2092	*Id.*	23	»	»	»	9 h. 1/2	»
9	2100	*Id.*	26	1 acc. enf 2,750 spont. Enf. vivant.	5 h. 15	»	»	»
10	2110	*Id.*	27	1er acc. spont. enf. macéré, 2e et 3e acc. spont. à terme. Enf. vivant.	3 h. 55	»	»	»
11	2119	*Id.*	28	1 acc. spont. à terme. Enf. vivant.	13 h. 45	»	»	»
12	2139	*Id.*	31	»	»	»	»	Siège 15 h de trav Basiotrip sur enf. tête der
		1895						
13	56	Janv.	10	1 acc. spont. à terme. Enf. vivant.	7 h .30	»	»	»
14	57	*Id.*	10	1 acc. spont. à terme. Enf. vivant.	16 h.	»	»	»
15	63	*Id.*	11	1 acc. forceps enf. de 2,900. Vivant.	11 h.	»	»	»
16	104	*Id.*	18	»	»	»	12 h.	Siège déc
17	107	*Id.*	18	1er acc. à terme forceps. Enfant mort. 2e acc. provoqué. Enf. vivant. 3e acc. à terme. Embryotomie. 4e acc. provoqué. Enf. mort. 5e *Ischiopubiotomie enf. du poids de 3,950.*	Accouchement prématuré 7 h.	Version par manœuvres internes.	»	»
18	117	*Id.*	20	1 acc. à terme forceps. Enf. vivant.	Insertion vicieuse du placenta hémorrhagie avant le travail.	»	»	»
19	125	*Id.*	21	»	»	»	8 h.	»
20	128	*Id.*	22	»	»	»	9 h.	Siège co
21	158	*Id.*	27	»	»	»	12 h.	»
22	166	*Id.*	29	1er acc. à terme forceps. Enf. mort. 2e acc. spont. à terme. Enf. vivant.	8 h.	»	»	»
23	175	*Id.*	31	»	»	»	21h.	Symphys
24	188	Fév.	2	»	»	»	17 h. 20	»
25	191	*Id.*	3	1 acc. spont. à terme. Enf. vivant.	9 h.	»	»	»
26	215	*Id.*	6	»	»	»	20 h.	»

cembre 1894 jusqu'au 9 décembre 1895

Considérations générales communes aux deux

…ATIONS …VIENNES	DIAM. prom. S. pub.	DIAM. bi-pariétal	POIDS DE L'ENFANT à la naissance	POIDS DE L'ENFANT à la sortie		ÉTAT A LA SORTIE De la mère Bien port^te	ÉTAT A LA SORTIE De la mère Morte	ÉTAT A LA SORTIE De l'enfant Vivant	ÉTAT A LA SORTIE De l'enfant Mort	OBSERVATIONS PARTICULIÈRES
…in rachi- …ne aplati	10.2	8.7	2215	2400	15 déc.	B.p.	»	Viv.	»	Femme du dehors.
Id.	10.7	9.4	3750	3720	18 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
Id.	10.3	9.8	4600	4580	27 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
Id.	10.4	9.1	3870	3870	21 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
Id.	11.	8.4	2230	2150	30 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
Id.	10.8	9.0	3020	3030	4 janv.	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
Id.	10.1	9.1	2700	3000	31 déc.	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
Id.	10.7	9.0	3000	3290	24 janv.	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
Id.	9.8	9.2	3120	2900	3 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
Id.	1.0	8.4	2120	2250	10 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
Id.	1.5	9.5	3150	3050	7 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
Id.	1.3	?	4190 sans subst. céréb.	»	»	B.p.	»		Mort	F. du dehors.
Id.	10.3	9.	3520	3500	20 janv.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
Id.	10.8	9.0	3150	3350	19 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
Id.	10.5	8.7	2990	3130	22 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
Id.	10.8	.4	2670	2460	3 févr.	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
…in oblique …aire ayant …i l'ischio- …biotomie	»	9.2	2610	3040	14 —	B.p.	»	Viv.	»	F. Trémoulet venue de chez elle.
…in rachiti- …ue aplati	10.3	8.7	3300	mort le lend. de sa naiss.			»		Mort	F. du dortoir.
Id	10.7	8.9	2800	2720	31 janv.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
Id.	11.0	9.3	2915	2880	2 févr.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
Id.	10.3	9.1	2880	3020	5 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
	Sacr. acc.	9.7	3180	3100	10 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
…in obliqu… …valaire	»	8.7	2310	2770	6 mars	Morte.	»	Viv.	»	F. apportée malade, morte le lendemain.
…in rachiti- …ue aplati	Sacr. acc.	9.4	3100	3070	19 févr.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
»	1.7	9.3	3230	3560	13 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
…, rachitique aplati	10.2	8.5	2800	2730	16 fév.	B.p.	»	Viv.	»	Femme du dehors.

N^os D'ORDRE	N^os DU REGISTRE	MOIS	JOUR	*Multipares*			*Primipares*	
				ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOUCHEMENTS ARTIFICI[ELS]
27	235	Fév.	10	2 avort. 3e acc. spont. à terme. Enf. mort pendant le travail.	10 h.	Version par manœuv. inter.	20 h.	Symphyséot[om.]
28	236	*Id.*	10	1 acc. prém. spont., 8 mois. 2e acc. spont. à terme, enfant vivant.	7 h. 30	»	»	»
29	238	*Id.*	10	»	»	»	15 h. 50	»
30	247	*Id.*	13	1er acc. sp. à terme, enf. mort pendant le trav. 2e acc. spont. à terme, enf. viv. Applications infruct. de forceps en ville.	?	»	»	»
31	311	*Id.*	25	1er acc. spont. à terme, enf. viv. 2e acc. à terme, forceps. 3e accouch. spont. à terme, fille vivante.	32 h.	Symphyséotom.	»	»
32	313	*Id.*	25	1er acc. à terme. Basiotripsie. 2e acc. à terme. Symphyséotomie.	18 h.	2e Symphyséot. Version.	»	»
33	315	*Id.*	25	1 acc. provoqué. Grossesse gémellaire. Enf. morts. 2e acc. à terme. Symphyséotomie.	7 h. 40	Symphyséotom.	»	»
34	322	*Id.*	26	»	»	»	26 h.	»
35	326	*Id.*	27	1er acc. spont. à terme, mort 2 j. ap. sa naissance.	12 h.	»	»	»
36	352	Mars	4	1er acc. Symph. 24 fév. 94. Enf. viv.	11 h.	»	»	»
37	378	*Id.*	8	1er avortement. 2e Basiotripsie.....	?	»	»	»
38	410	*Id.*	13	»	»	»	12 h.	Basiotripsie. Enf. mort a[u] début du tr[av.]
39	481	*Id.*	25	»	»	»	15 h. 40	»
40	483	*Id.*	25	»	»	»	24 h.	Symphyséot[om.]
41	503	*Id.*	29	»	»	»	11 h. 25	»
42	555	Avril	5	1er acc. spont. à terme. 2e forceps, enfant vivant. 3e avortement.	12 h. 20	»	»	»
43	573	*Id.*	8	1er acc. spont. à terme. Enf. vivant. 2e à terme. Forceps. Enf. vivant.	17 h.	»	»	»
44	579	*Id.*	9	1er acc. spont. à terme, enf. vivant. 3,020 gr. Bi P 93.	7 h. 45	»	»	»
45	655	*Id.*	23	»	»	»	7 h. 45	»
46	693	*Id.*	30	»	»	»	27 h.	»
47	700	Mai	1	1er acc. spont. à terme, enf. vivant.	39 h.	»	»	»
48	727	*Id.*	6	1er acc. prémat. spont. à 8 mois enf. mort pendant le trav. 2e forceps à terme enf. mort pendant le trav. 3e à terme. Forceps. enf. mort.	18 h.	»	»	»
49	789	*Id.*	15	»	»	»	18 h. 50	»
50	805	*Id.*	18	1er accouchement. Tentatives infructueuses de forceps. Symphyséotomie. Enf. vivant 4,630 gr.	8 h.	»	»	»
51	807	*Id.*	18	1er acc. spont. à terme, enf. vivant.	7 h. 1/2	»	»	»
52	811	*Id.*	19	1 grossesse gémellaire. Acc. prémat. 7 mois. 2 sièges.	11 h. 30	»	»	»

Considérations générales communes aux deux

…CIATIONS …VIENNES	DIAM. prom. s. pub.	DIAM. bi-pariétal	POIDS DE L'ENFANT à la naissance	à la sortie		ÉTAT A LA SORTIE De la mère		De l'enfant		OBSERVATIONS PARTICULIÈRES
…rachitique aplati	108	95	3250	3390	21 —	B.p.	»	Viv.	»	Femme du dortoir.
Id.	100	89	3310	3500	21 —	B.p.	»	Viv.	»	Femme du dehors.
Id.	110	91	2850	2850	19 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
Id.	108	92	3590	3520	22 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
Id.	93	92	3070	3330	12 mars	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
Id.	92	92	3260	3780	12 mai	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
Id.	95	103	3660	3890	28 mars	Bp.	»	Viv.	»	F. Entrée au dortoir le 25 fév.
Id.	106	87	2860	2740	7 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
Id.	104	10	3050	3160	7 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
Id.	109	98	3730	3730	14 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
…symétrique …oxalgique	»	93	3540	3300	18 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
»	83	00	2750 sans subst^ce cérébr.	»	24 —	B.p.	»	»	Mort	F. du dortoir.
…x. rachitique aplati	100	102	3000	2910	3 avril	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
Id.	95	80	1900	2510	3 mai	B.p.	»	Viv.	»	F. 4 jours au dortoir.
Id.	104	90	2610	2670	5 avril	B.p.	»	Viv.	»	F. au dehors.
Id.	102	92	2665	2840	15 —	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée au dortoir le 30 mars.
Id.	104	96	3800	4170	17 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
Id.	105	95	2900	2890	15 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
Id.	106	94	3150	3160	30 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
Id.	108	90	3820	4050	18 mai	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
Id.	93	98	3770	4620	1 juin	B.p.	»	Viv.	»	F. entrée au dortoir le 12 fév.
Id.	95	95	3030	»	»	»	morte le 12 mai	Viv.	»	F. du dortoir.
									Mort à la naissance	F. morte de pneumonie.
Id.	106	90	3615	3700	21 —	B.p.	»	»	»	F. du dehors.
Id.	?	92	3920	3980	27 mai	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
Id.	105	90	3620	3770	28 —	B.p.	»	Viv.	»	*Id.*
Id.	9	90	2480	2380	6 juin	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.

Nos D'ORDRE	Nos DU REGISTRE	MOIS	JOUR	ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	*Multipares* ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	*Multipares* ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	*Primipares* ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	*Primipares* ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS
53	812	Mai	19	1 gros. gém. Acc. prém. 7 m. 2 sièges	11 h. 30	Symphyséotom.	13 h.	Symphysé
54	843	*Id.*	23	»	»	»	travail ?	»
55	852	*Id.*	26	1 acc. à terme. Forceps. Enf. viv.	22 h.	»	»	»
56	863	*Id.*	27	»	»	»	14 h. 1/2	»
57	868	*Id.*	28	»	»	»	?	»
58	869	*Id.*	28	»	»	»	25 h.	»
59	879	*Id.*	30	1 acc. spont à terme. Enf. vivant.	6 h. 30	»	»	»
60	906	Juin	3	1er accouch. provoqué à 7 mois (Nancy). Enf. viv. 2e accouch. à terme, forceps (Nancy), mort pendant le travail.	11 h.	Symphys. 11 h.	»	»
61	930	*Id.*	6	»	»	»	30 h.	Forcep
62	934	*Id.*	7	1 avortement de 2 mois.....	13 h.	Forceps.	»	»
63	935	*Id.*	10	»	»	»	41 h. 10	Symphysé
64	971	*Id.*	13	1er acc. à 8 m. 1/2 forceps. Enf. viv. 2e acc. à terme, forceps. Enf. viv. spina-bifida.	8 h.	»	»	»
65	990	*Id.*	16	»	»	»	25 h.	»
66	1001	*Id.*	18	1er accouch. à terme. Enf. mort et macéré (Maternité).	28 h.	Basiotripsie enfant mort. pend. travail. plac. prævia	»	»
67	1004	*Id.*	19	»	»	»	19 h.	»
68	1023	*Id.*	23	1er acc. à terme, forceps. Enf. viv.	5 h. 25	»	»	»
69	1034	*Id.*	25	1er accouch. spont. à terme. Enf. viv.	4 h. 20	»	»	»
70	1080	Juil.	2	4 accouch. à terme, siège 4 enfants morts. 2e accouch. provoqué à 8 mois. Enf. mort à 4 j. convulsions. 6e accouch. forceps en ville. Symphys. à Baud. Enf. mort.	4 h.	Symphyséot.	»	»
71	1141	*Id.*	14	1er acc. spont. à terme. Enf. viv...	8 h. ?	»	»	»
72	1158	*Id.*	17	»	»	»	7 h. 30	»
73	1177	*Id.*	18	1 accouch. provoqué à 8 m. Enf. mort (Obs. 1631. — Année 1891).	»	Opération césarienne. Amputation utéro-ovarique.	»	»
74	1203	*Id.*	23	1er acc. spont. à terme. Enf. vivant..	10 h.	»	»	»
75	1209	*Id.*	25	1er acc. à terme, forceps. Enf. viv ..	9 h.	Forceps.	»	»
76	1247	*Id.*	31	1er acc. avant terme hydroc. Enf. viv. 2e, 3e, 4e, 5e accouch. spont. à terme. Enf. viv.	2 h. 40	»	»	»
77	1306	Août	11	1er à terme basiotrip.; 2e symphys.	6 h.	»	»	»
78	1322	*Id.*	15	Primipare........................	»	»	33 h.	»

Considérations générales communes aux deux

…ATIONS …TIENNES	DIAM. prom. S. pub.	DIAM. bi-pariétal	POIDS DE L'ENFANT à la naissance	POIDS DE L'ENFANT à la sortie		ÉTAT A LA SORTIE De la mère		ÉTAT A LA SORTIE De l'enfant		OBSERVATIONS PARTICULIÈRES
…hit. aplati	102	90	3250	3310	29 mai	B. p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
Id.	93	91	2950	3030	1 juin	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
Id.	11	93	3370	3350	2 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
…altique …rétréci	?	97	3850	3700	1 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
…hit. aplati	10	90	3520	3280	4 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
…hit. aplati	108	90	3040	»	»	B.p,	»	Viv.	Mort-né	F. du dortoir.
Id.	10	89	2920	3120	8 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
…rachitiq.	96	97	2950	4650	6 Juil.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
…it infér. …, incurv.	»	91	3000	3150	17 Juin.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
…cyphotiq.	»	92	2750	2780	*Id.*	»	Morte.	Viv.	»	F. du dehors.
…rachitiq.	82	90	3020	»	»	B.p.	»	»	Mort de convul.	F. du dortoir.
…asymétriq.	»	97	4370	4530	23 Juin.	B.p.	«	»	»	F. du dortoir.
…rachitiq. …plati.	104	91	3200	3420	11 Juil.	B.p,	»	»	Mort.	F. du dehors.
…rachitiq.	106	»	3570	»	»	»	»	Viv.	»	F. du dortoir.
…. rach.	108	93	3300	3180	28 Juin	B p.	»	»	»	F. du dehors.
Id.	105	95	3480	3400	1er Juil.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
Id.	94	9	3000	3050	3 Juill.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
…rachitiq. …vation très …ssée des ti- ….	9	99	3610	5040	1er Sept.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
…rachitiq.	103	82	2730	2870	25 Juil.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
Id.	?	92	2770	3150	27 Juil.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
…asymétriq. …. 8, 1-6.	95	95	2870	3250	»	»	Morte le 4e jour.	Viv.	»	F. du dortoir.
…rachitiq.	105	9	2920	3380	6 Août	B.p	»	Viv.	»	F. du dehors.
…lose du coc- …yx.	»	9	3400	3790	14 Août	B.p.	»	»	»	F. du dortoir.
…rachitiq.	106	86	1600	»	»	B.p.	»	»	Mort 2e jour.	F. du dehors.
…anniculé.	104	93	3150	3180	20 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
…anniculé.	95	105	4450	»	»	»	Morte le 5 octob.	Viv.	»	F. du dehors. Morte d'embolie, 46e jour.

Nos D'ORDRE	Nos DU REGISTRE	MOIS	JOUR	*Multipares*			*Primipares*	
				ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOUCHEMENTS ARTIFICI[ELS]
79	1324	Août.	16	Primipare........................	6 h.	Forceps.	20 h.	Symphysé
80	1369	*Id.*	25	1er acc. spont. à terme. Vivant......	7 h. 1/2	»	»	»
81	1389	*Id.*	29	1er acc. à terme Forceps, vivant...	7 h. 35	»	»	»
82	1403	Sept.	31	Primipare........................	»	»	31 h.	»
83	1409	*Id.*	1	Primipare........................	»	»	37 h.	»
84	1430	*Id.*	6	1er spont. à terme. Enf. vivant....	14 h.	»	»	»
85	1449	*Id.*	8	Primipare........................	»	»	11 h.	»
86	1478	*Id.*	13	1er acc. provoqué forceps. Enf. mort. 2e spont. à terme, vivant........ 3e spont. à terme, vivant...	11 h.	»	»	»
87*	1480	*Id.*	13	Primipare........................	»	»	10 h.	Avortem provoqu
88	1511	*Id.*	19	Primipare........................	»	»	17 h.	Basiotrip
89	1528	*Id.*	22	»	»	»	7 h. 1/2	Symphysé
90	1556	*Id.*	27	»	»	»	10 h.	»
91	1574	*Id.*	30	Sp. à terme. Enf. viv.	12 heures	»	»	»
92	1582	Oct.	1	A terme forceps, vivant.	23 h. 1/2	»	»	»
93	1590	*Id.*	3	Primipare.	»	»	16 h. 45	»
94	1673	*Id.*	19	Primipare.	»	»	14.h 1/2	»
95	1708	*Id.*	27	Primipare.	»	»	15 h.	»
96	1712	*Id.*	27	Primipare.	»	»	40 h.	»
97	1715	*Id.*	27	2 acc. spont. à terme, vivants 1 forceps, à terme, vivant.	6 h.	»	»	»
98	1741	Nov.	2	2 acc. spont. à terme. nés vivants.	7 h. 3/4	»	»	»
99	1755	*Id.*	5	1 acc. spont. 8 mois enf. vivant.	8 h.	»	»	»
100	1759	*Id.*	7	Primipare.	»	»	5h .10	»
101	1762	*Id.*	8	4 acc. spontanés à terme, nés vivants.	7 h.	»	»	»
102	1790	*Id.*	13	1 acc. à terme forceps, vivant.	15 h.	»	»	»
103	1791	*Id.*	13	1 acc. spontané à terme, vivant.	21 h.	»	»	»
104	1822	*Id.*	19	1 acc. provoqué à 8mois, enfant mort.	6 h.	»	»	»
105	1843	*Id.*	23	Primipare.	»	»	39 h. ?	»
106	1887	*Id.*	29	Primipare.	»	»	34.	»
107	1899	Déc.	19	2 acc. spontanés à terme, vivants.	7 h. 40	»	»	»

* Femme rachitique, taille 1 m. 10. Avortement provoqué sur la demande de la femme.

Considérations générales communes aux deux

ATIONS IENNES	D AN. prom. S. pub.	DIAM. bi-pariétal	POIDS DE L'ENFANT à la naissance	à la sortie		ÉTAT A LA SORTIE De la mère		De l'enfant		OBSERVATIONS PARTICULIÈRES
rachitiq.	107	85	2900	2830	23 —	B p.	»	»	Mort-né	F. du dortoir.
Id.	98	93	2850	2950	3 Sept.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
Id.	108	88	2220	1950	7 —	B p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
Id.	109	87	3050	2850	9 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
Id.	102	95	3700	3490	5 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
Id.	119	92	2970	3200	15 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
Id.	108	96	3650	3930	17 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
Id.	108	98	3670	3790	26 —	B.p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
rachitiq.	79	»	»	»	»	B.p.	»	»	Mort.	F. du dortoir.
se, bassin	»	»	3300 sans subst. cérèb.	»	»	B.p.	»	»	Mort.	F. du dehors.
ci au dé- inférieur.				4120	20 Oct.	B.p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
onaliculé plat	8.5	9.5	3440							
rachitiq.	10.4	8.3	2700	2800	5 oct.	B. p.	»	Viv.	»	*Id.*
Id.	11.2	10.1	4120	4290	7 —	B. p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
Id.	10	9.4	3450	3140	10 —	B, p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
Id.	10.1	9.1	3820	3940	12 —	B. p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
Id.	10	9.1	3280	3150	28 —	B. p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
Id.	9.3	11	3540	3980	25 —	B. p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
Id.	10.5	8.8	2000	2120	5 nov.	B. p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
Id.	10.2	8.9	3350	3640	19 —	B. p.	»	Viv	»	F. du dehors.
Id.	10.7	9	2400	2490	10 —	B. p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
Id.	10 8	9.3	3020	2960	14 —	B. p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
Id.	10.4	9.5	3700	3820	19 —	B. p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
Id.	10	9.2	3650	3680	17 —	B. p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
Id.	11.2	9.3	3080	3150	21 déc.	B. p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
Id.	11.4	9	3040	2875	»	B. p.	»	Viv.	»	F. du dehors.
Id.	9.2	8.8	3120	3070	»	B. p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
Id.	10.4	8.6	3400	3150	»	B. p.	»	Viv.	»	F. du dortoir
Id.	10.1	9.6	3720	3750	»	B. p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.
s. anulé	10.1	9.2	3040	2930	»	B. p.	»	Viv.	»	F. du dortoir.

Nombre total des rétrécissements du Bassin du 7 décembre 1894 au 7 décembre 1895.

107 — { 45 Primipares. / 62 Multipares.

Femmes sorties bien portantes. = 102
Femmes mortes. = 5 { 3 symphyséotomies. / 1 basiotripsie. / 1 Porro.

Enfants sortis vivants. = 96
Enfants morts. = 10 { dont — femmes du dortoir = 6 / femmes du dehors = 4 / 1 avortement provoqué

Accouchements spontanés = 77 { sommet = 74 / siège = 3

Accouchements artificiels = 30 {
1 version pour bassin oblique ovalaire (ischio-pubiotomie).
4 basiotripsies.
1 Porro.
3 forceps.
1 avortement provoqué.
20 symphyséotomies.

Sur 77 accouchements spontanés il y eut 3 enfants morts.

Sur 29 accouchements artificiels il y eut 7 enfants morts dont 4 avant intervention.

4 basiotripsies sur enfant mort.

20 symphyséotomies	=	17 enf. v., 3 morts.
1 version	=	1 enf. v.
1 Porro	=	1 enf. v.
3 forceps	=	3 enf. v.
		22 enf. vivants.

Si le succès n'a pas répondu à notre attente dans tous les cas, du moins avons-nous puisé dans l'étude des résultats obtenus, des forces nouvelles pour lutter dans l'avenir avec l'espoir d'un succès plus complet encore.

DU TRAITEMENT DES COLLECTIONS PELVIENNES PAR L'ÉLYTROTOMIE POSTÉRIEURE INTERLIGAMENTAIRE, ET LE DRAINAGE PELVIEN PAR UN DRAIN DOUBLE A PAVILLON D'ARRÊT

Par **J. La Bonnardière**, interne des hôpitaux de Lyon.

(Travail fait dans le service de M. le Dr Vincent, chirurgien-major de la Charité, professeur agrégé à la Faculté).

Le traitement chirurgical des collections pelviennes, malgré les nombreuses discussions ouvertes à son sujet, est toujours un objet de controverse entre les gynécologistes. Nombreuses sont les opérations proposées, depuis la vieille méthode de la ponction, reléguée actuellement dans un juste oubli, jusqu'à l'hystérectomie vaginale de M. Péan.

Elles sont longuement exposées dans des travaux récents (1); nous nous garderons donc bien d'en faire une description inutile ; nous nous proposons simplement aujourd'hui d'étudier, à un point de vue purement clinique, les avantages et les heureux résultats d'une intervention trop méconnue ;la simple incision du cul-de-sac postérieur, suivie des injections modificatrices et du drainage par le drain double à pavillon d'arrêt de M. Vincent.

Il ne s'agit pas là, sans doute, d'une méthode opératoire absolument inédite. Il y avait longtemps que Récamier et

(1) Pierre Delbet. *Traitement des suppurations pelviennes*. — Vallas. Des diverses méthodes proposées pour les suppurations pelviennes. *Prov. médicale*, 1891. — Bonnet. Du traitement chirurgical des suppurations pelviennes. *Gaz. des hôpitaux*, 1892 (Revue générale). Il distingue les interventions par la voie utérine, par la voie vaginale, la voie rectale, la voie sacro-coccygienne, la voie périnéale, la voie pariétale (abdominale, hypogastrique, iliaque, inguinale, fessière). — Lafourcade. De l'hystérectomie vaginale dans les lésions inflammatoires des annexes. *Archives provinciales de chirurgie*, 1894-95. — Delagenière. Indications et technique de la castration abdominale pour lésions septiques de l'utérus et des annexes. *Arch. provinc.*, 1895.

son élève Bourdon (1) avaient pratiqué l'incision large des abcès fluctuants dans le cul-de-sac postérieur quand M. le professeur Laroyenne (2) vint démontrer, avec faits cliniques à l'appui, que l'intervention vaginale pouvait, dans nombre de cas, donner d'excellents résultats, et qu'il était pour le moins imprudent de rendre d'emblée justiciable d'une laparotomie toute malade atteinte de suppuration pelvienne. Après le chirurgien lyonnais, MM. Bouilly (3), Le Dentu (4), en France, Fritsch (5), Landau (6) en Allemagne, ont préconisé, dans certains cas, le débridement vaginal comme méthode curative.

Enfin, tout dernièrement, M. Tuffier a exposé son manuel opératoire dans la thèse de son élève Rodriguez (7).

Néanmoins le débridement vaginal n'a encore rallié que peu de partisans. La ponction de Laroyenne surtout a eu des détracteurs : Pozzi, Segond, Doléris, Delbet qui la regardent comme une méthode aveugle.

M. Doyen (8), dont les jugements paraissent trop tran-

---

(1) BOURDON. *Rennes médical*, 1841.

(2) LAROYENNE. De la péritonite chronique compliquée d'un épanchement latent, de nature purulente, séreuse ou hématique. *Lyon médical*, février 1886. — BLANC. *De l'inflammation péri-utérine chronique avec épanchement latent de nature purulente, séreuse ou hématique.* Th. Lyon, 1887. — GOUILLOUD. Débridement vaginal de la péritonite chronique. *Congrès français de chirurgie*, 4e session 1889.

(3) BOUILLY. *Soc. chirurgie.*, juillet 1890.

(4) LE DENTU. *Gaz. des Hôpitaux*, février 1892.

(5) FRITSCH. *IVe Congrès de lla Société allemande de gynécologie.*

(6) LANDAU. Ueber Tübensäcke. *Arch. für Gynæc.*, 1891 et *Centralblatt für Gynecol.*, 1892.

(7) RODRIGUEZ. *De l'incision du cul-de-sac postérieur et du drainage para-utérin dans les suppurations et hématomes pelviens.* Th. Paris, 1895.

(8) Voir DOYEN. 324 opérations sur l'utérus et ses annexes. *Archives provinciales de chirurgie*, 1892. « Laroyenne se rend lui-même compte de l'infériorité de la ponction, puisqu'il la complète par un débridement fait à l'aide d'un instrument spécial. Pourquoi ne pas proposer au contraire franchement l'incision qu'il déclare une opération dangereuse ? ».

« Quant à l'incision vaginale que faisaient Chassaignac, Bernutz, et d'autre

chants pour être justes, la traite d'opération surannée.

Il est vrai que certains chirurgiens moins familiarisés que le maître à l'exécution du procédé prétendent que la ponction de Laroyenne ne donne bien souvent qu'une fausse sécurité, que les accidents immédiats sont loin d'être rares; ils citent la perforation de l'utérus, d'une anse intestinale, du rectum par le trocart, la section d'un uretère, d'une artère utérine, par le métrotome, qui, sans souci des rapports anatomiques, coupe transversalement ou obliquement sur une largeur de deux doigts au moins tout ce qui se trouve sur son passage. Nous avons entendu dire que les hémorrhagies graves sont chose si commune dans le débridement de M. Laroyenne qu'il faut toujours avoir sous la main, au moment où l'on fait la ponction, une éponge à mailles fines, destinée à être introduite et *mise à cheval sur l'orifice de la poche*, aussitôt le métrotome retiré, afin de combattre l'hémorrhagie immédiate souvent abondante, surtout si une artère utérine est intéressée. Nous n'acceptons que sous bénéfice d'inventaire les méfaits dont on charge une opération qui a le grand tort de n'être point toujours exécutée par des mains aussi habiles que celles de son auteur.

C'est dans le but d'éviter les dangers signalés à tort ou à raison et qu'on reproche de façon si acerbe au procédé de l'éminent gynécologue de la Charité, M. Laroyenne, que notre maître, M. le D[r] Vincent, a supprimé le trocart et le métrotome dont l'action échappe à l'opérateur et qu'il pratique le débridement des collections pelviennes en un lieu d'élection, permettant d'agir sans crainte de blesser aucun organe important, en se servant des instruments les plus simples et en allant couche par couche à la recherche des

---

prédécesseurs de Laroyenne, elle doit être faite, lorsqu'elle est indiquée, non d'une façon aveugle, c'est-à-dire à l'aide d'une sorte de trocart et d'une sorte de contrefaçon du lithotome qui n'a d'original que son application bizarre, mais chirurgicalement à l'aide de bons écarteurs, d'un bistouri et de longues pinces coudées, destinées à l'exécution d'un tamponnement méthodique du foyer suppuré. »

foyers. Le but de ce travail est de faire connaître le procédé de M. Vincent. Nous l'exposerons dans les chapitres suivants dont voici l'énoncé :

I. L'élytrotomie postérieure, son lieu d'élection, son manuel opératoire, le drainage avec le drain double à pavillon, les injections modificatrices, les soins post-opératoires.

II. La statistique des collections pelviennes traitées depuis près de trois ans dans le service de gynécologie de M. Vincent par l'élytrotomie.

III. Enfin, les conclusions pratiques qui découlent de ces observations, les indications, les résultats du débridement vaginal et du drainage pelvien, leurs avantages sur les autres méthodes actuellement suivies.

I. — Manuel opératoire de l'élytrotomie postérieure et du drainage pelvien par un drain double à pavillon d'arrêt.

1° **Lieu d'élection.** — Deux considérations capitales imposent l'incision dans le cul-de-sac postérieur :

A. — *Les rapports de la cavité vaginale avec les organes pelviens.* — Des études récentes de Hallé (1), Blanc (2), Ricard (3), Pantaloni (4), Perez (5), Sherwood Dunn (6), Delbet (7), Commandeur (8), découlent les conséquences suivantes :

a) L'incision dans le cul-de-sac antérieur peut blesser la vessie ou l'utérus.

b) Au niveau d'un cul-de-sac latéral, elle peut intéresser

---

(1) Hallé. *Uretérites et pyélites.* Th. Paris, 1887.

(2) Blanc. *Inflammation péri-utérine chronique.* Lyon, 1887.

(3) Ricard. Rapport d'utérine et de l'uretère. *Sem. médicale,* 1887.

(4) Pantaloni. *Rapp. de l'uretère pelvien chez la femme.* Th. Paris, 1889.

(5) Perez. *Exploration des uretères.* Th. Paris, 1889.

(6) Sherwood Dunn. *Traité des maladies inflammatoires des reins et des uretères.* Th. Paris, 1889.

(7) Pierre Delbet. *Tr. des suppurations pelviennes chez la femme,* 1891.

(8) Commandeur. *Topographie des culs-de-sac vaginaux.* Th. Lyon, 1894.

l'uretère, l'artère utérine, ou les branches vésico-vaginales de l'utérine.

c) Au niveau du cul-de-sac postérieur, au contraire, on trouve un espace inter-utéro-rectal suffisant pour l'incision antéro-postérieure, et, dans le sens transversal, un champ opératoire de 10 centimètres de largeur.

B. — Toutes les tumeurs liquides des trompes, des ovaires, venant tomber dans le cul-de-sac postérieur, toutes les collections liquides (hématocèle, pelvi-péritonite) développées dans le cul-de-sac, tendent à séparer l'utérus du rectum et dépriment le cul-de-sac postérieur qui devient la partie déclive du vagin. Il en résulte que le rectum a peu de chances d'être blessé et que les seuls organes intéressés sont des branches de l'artère vaginale. D'ailleurs, la blessure de ces branches artérielles est rare et ne donne qu'une hémorrhagie peu redoutable.

Donc, conclusions pratiques :

1° Il faut, selon le précepte de M. Boisleux (1), inciser au milieu du cul-de-sac postérieur, entre les deux ligaments utéro-sacrés, au point où ces deux ligaments viennent se fusionner avec l'utérus, dans une dépression manifeste que le doigt sent entre ces deux cordes. C'est cette dépression qui correspond au cul-de-sac de Douglas.

2° Il faut toujours faire l'incision dans le cul-de-sac postérieur, même quand il s'agit d'une collection latérale.

2° **Manuel opératoire.** — a) Les précautions antiseptiques seront prises, aussi rigoureuses que pour une hystérectomie, car il faut, autant que possible, éviter les infections secondaires, les collections pelviennes, même suppurées, ne contenant, très souvent, que du pus stérile ou des gonocoques (Henri Hartmann et Morax) (2).

---

(1) Boisleux. *De l'élytrotomie postérieure interligamentaire.*

(2) Hartmann et Morax. Quelques considérations sur la bactériologie des suppurations péri-utérines. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, juillet 1894. Voir aussi : Raymond. Contribution à l'étude de la salpingite

b) La malade, anesthésiée, est sondée, placée dans la position de la taille, les jambes maintenues par des aides, le siège relevé, de façon à ce que, par suite de la position déclive, les intestins et l'épiploon soient refoulés loin du plancher du bassin et ne viennent pas faire saillie pendant les différentes manœuvres de l'opération.

La vulve étant abaissée à l'aide d'une large valve, le chirurgien saisit la lèvre postérieure du col utérin avec une pince à griffes, et donne cette pince à un aide qui attire fortement en haut le col; on voit alors saillir en arrière de l'utérus les deux ligaments utéro-sacrés, délimitant entre eux une dépression correspondant au cul-de-sac de Douglas, et au niveau de laquelle va porter l'incision.

c) Quelle direction, quelle longueur faut-il donner à l'incision?

L'incision verticale, antéro-postérieure, est préconisée par Battey et par Boisleux. M. Boisleux (1) lui attribue comme principal avantage celui de ne pas blesser les ligaments utéro-sacrés. Il recommande d'introduire un doigt dans le rectum, au moment où on fait l'incision.

L'incision transversale a de nombreux adeptes : Péan, Picqué (2), Gouilloud. La plupart la font au bistouri (Péan, Tuffier) (3). M. Gouilloud (4) conseille d'inciser la muqueuse aux ciseaux, puis de pénétrer dans le péritoine, au moyen d'un instrument mousse, le dilatateur de Tripier, par exemple, pour éviter la blessure des ligaments utéro-sacrés.

M. Vincent se sert de longs ciseaux droits ou courbes,

---

blennorrhagique. *Annales de gynécologie*, avril 1895, et la salpingo-ovarite à streptocoques. *Annales de gynécologie*, juin 1895.

(1) BOISLEUX. De l'élytrotomie interligamentaire. *Mém. de la Société gynécologique de Paris*, avril 1892. Ueber interligamentär Elytrotomie. *Centralblatt für Chirurgie*, juillet 1892. De la pelvi-péritonite chronique et aiguë et de son traitement. *VIIIe Congrès de chirurgie*, Lyon, 1894.

(2) BONNECAZE. Th. Paris, 1889.

(3) RODRIGUEZ. Th. Paris, 1895.

(4) GOUILLOUD. *Arch. de tocologie*, 1893.

spécialement construits pour cette opération. Il incise la muqueuse vaginale d'un seul coup ; dans un second temps, il ponctionne la poche avec les deux branches rapprochées, puis il les retire en écartant fortement les deux lames, de manière à dilater largement l'orifice.

Le plus ordinairement, une évacuation abondante de pus ou de sang, suivant la nature de la collection, suit aussitôt cette première incision.

Quelquefois, on ne tombe pas d'emblée en pleine collection purulente ; ce petit mécompte peut être dû à diverses causes (poche à coque épaisse, située latéralement, etc...), l'incision vaginale n'est alors que le premier temps de l'opération ; elle permet l'exploration digitale de la cavité de Douglas, pour rechercher l'existence de poches secondaires, examiner l'état des annexes (1), rompre les adhérences, etc., Cette exploration digitale ne doit, en aucun cas, être négligée. M. Vincent pratique ordinairement l'ouverture des poches secondaires, latérales ou profondes, avec l'extrémité de la sonde cannelée ou la sonde de Reverdin. La conduite à tenir varie d'ailleurs suivant les cas, comme le montrera la lecture des observations, et il est impossible de donner une règle absolument générale.

Quoi qu'il en soit, une fois la poche ouverte, on évacuera le contenu par un lavage antiseptique abondant à la sonde de Reverdin, puis on songera au drainage.

3° **Du drainage**. — Rien ne sert d'ouvrir une collection purulente, si un large drainage et d'abondantes irrigations antiseptiques n'évacuent le pus jusqu'à sa dernière goutte, et ne modifient la paroi de la poche, la membrane pyogène elle-même.

Une incision sans drainage est aussi inefficace qu'une simple ponction ; elle ne peut que transformer une collection fermée en une poche avec fistule. Négliger le drainage, c'est

---

(1) Voir JABOULAY. Indications de la laparotomie vaginale. L'attraction des annexes dans le vagin. *Province médicale*, octobre 1895.

donc s'exposer à des complications, et cela sans aucune raison, car il n'est ni plus dangereux, ni moins efficace que celui d'un abcès par congestion ou d'une pleurésie purulente.

Comment doit-on le pratiquer ?

M. Laroyenne met, pendant les deux jours qui suivent la ponction avec débridement, une éponge qu'il remplace ensuite par une mèche de gaze iodoformée.

M. Tuffier (Th. de Rodriguez) se sert de deux drains en caoutchouc rouge associés en canon de fusil, et les suture au col utérin par un fil pour les fixer à demeure dans la poche.

M. Boisleux (1) y ajoute un troisième drain plus court, perpendiculaire aux deux précédents. C'est un drainage en croix qu'il fixe à l'ouverture de la poche par des points de suture.

Ces diverses méthodes ont chacune leurs inconvénients. La gaze iodoformée draine mal, « fait bouchon », empêche les lavages de la poche.

D'autre part, les sutures sont toujours difficiles à pratiquer au fond du vagin, et ne font que rétrécir une ouverture qu'il faut maintenir la plus grande possible, car elle ne demande qu'à se fermer.

Le drain de M. Vincent a l'avantage de tenir en place, sans nécessiter de sutures.

C'est un drain double à pavillon formé de deux tubes de caoutchouc, d'un diamètre de 8 à 10 millim., accolés et fixés l'un à l'autre comme les canons d'un fusil double, et se terminant, à une de leurs extrémités, par un large pavillon de forme ovalaire.

Pour s'en servir, il suffit de tailler dans le pavillon deux encoches plus ou moins grandes, suivant les dimensions de l'incision vaginale. On transforme ainsi le drain à pavillon en un drain à deux oreilles. Ces deux oreilles sont rapprochées, prises dans les mors d'une pince à pansement pour

(1) Boisleux. Drainage du cul-de-sac de Douglas : *Clinique française*, Paris, 1894.

l'introduction dans la poche. Le pavillon une fois introduit, on retire la pince ; les oreilles se séparant par leur propre élasticité, maintiennent alors solidement le drain dans l'intérieur de la cavité.

4° **Injections modificatrices.** — Les injections modificatrices dans l'intérieur des abcès pelviens n'ont été, jusqu'ici, pratiquées qu'avec une extrême prudence. M. Laroyenne les rejette dans la plupart des cas : M. Tuffier (Th. de Rodriguez) se contente de simples lavages antiseptiques.

M. Vincent n'a pas craint d'injecter dans la cavité de Douglas de la teinture d'iode, dédoublée (1), et les malades ainsi traités n'ont jamais présenté le moindre phénomène de réaction péritonéale. La teinture d'iode est un des liquides caustiques qui donnent à M. Vincent les meilleurs résultats dans les abcès froids, les arthrites tuberculeuses (2) etc..., elle semble promettre tout autant comme modificatrice des poches pelviennes. La destruction de la membrane pyogène n'est-elle pas le meilleur moyen d'empêcher la persistance de la suppuration et les fistules consécutives ?

5° **Soins post-opératoires.** — Dans son exposé sur le « Débridement vaginal des collections pelviennes (méthode du professeur Laroyenne) », M. Gouilloud (3) distingue, au point de vue des soins consécutifs trois variétés de collections :

1° Les cas simples, qu'il traite par des mèches de gaze iodoformée et des lavages vaginaux, souvent aussi par des dilatations consécutives à la tige de laminaire, pour combattre la rétraction trop rapide de l'orifice.

2° Les vastes collections, justiciables des lavages quotidiens à l'intérieur de la poche.

3° Les cas compliqués, passibles d'un deuxième débride-

---

(1) M. Vincent n'injecte pas de la teinture d'iode pure, mais un mélange ainsi composé : teinture d'iode, 150 gr. ; glycérine, 150 gr. ; iode, 6 gr. ; iodure de potassium, 30 grammes.

(2) VINCENT. *Contribution à l'étude des résections de la hanche.*

(3) M. GOUILLOUD. *Arch. de Tocologie*, 1891.

ment au métrotome (cas de rétention, de fièvre persistante, de fistules, de poches secondaires, etc.).

Loin de s'arrêter à cette distinction un peu subtile, M. Tuffier pratique, dans tous les cas, des lavages quotidiens consécutifs.

Telle est aussi la méthode de M. Vincent : irrigations antiseptiques quotidiennes et abondantes de la cavité purulente par l'intermédiaire des drains. Le liquide injecté entre par un drain et ressort immédiatement par l'autre ; il n'y a donc pas à craindre la moindre augmentation de pression à l'intérieur de la poche, et, par suite, la rupture de sa paroi. Les premières gouttes du lavage ressortent très louches, nettement purulentes, entraînant des grumeaux de pus, des caillots sanguins ; on continue jusqu'à ce que le liquide ressorte très clair.

Cette méthode donne, en pratique, les meilleurs résultats. Au point de vue théorique, elle n'est que l'application aux collections pelviennes des doctrines antiseptiques. En tous cas, on ne peut lui refuser les avantages suivants :

1° Éviter la rétention purulente avec toutes ses complications. C'est l'avantage du drain ; la gaze iodoformée, au contraire, draine mal, « fait bouchon », dès qu'elle est imprégnée de pus.

2° Maintenir ouvert l'orifice vaginal, et empêcher les fistules consécutives, supprimant ainsi les dilatations avec la tige de laminaire, les débridements secondaires au métrotome.

On ne peut objecter à cette manière de faire que deux accidents possibles :

a) *La rupture des parois de la poche*, et, consécutivement, des poussées de pelvi-péritonite, toujours bénignes, d'ailleurs, au dire de M. Gouilloud. Or, cet accident ne s'est jamais produit avec l'emploi du drain double, et il n'a aucune raison de se produire, puisque la pression du liquide est très faible à l'intérieur de la cavité.

b) *Les infections secondaires* par des microbes divers.

MM. Henri Hartmann et Morax (Quelques considérations sur la bactériologie des suppurations péri-utérines, *Annales de Gynécol.*, 1894) disent qu'une salpingite à pus stérile ou à gonocoques s'infecte secondairement par des microbes variés transmis par le drain (staphylococcus epidermitis, etc...) ; ils en concluent qu'il faudrait enlever de bonne heure le drain dans les salpingites à pus stérile ou à gonocoques, et le laisser longtemps dans les salpingites à streptocoques. C'est là, nous semble-t-il, une distinction trop théorique pour entrer actuellement dans la pratique.

Force est donc de se guider sur des considérations moins scientifiques pour la question de l'ablation du drain. M. Vincent l'enlève quand la suppuration est devenue insignifiante, la fièvre nulle, il le remplace par des mèches de gaze iodoformée, progressivement décroissantes, renouvelées tous les jours. En même temps, lavages de la poche à la sonde de Reverdin, ou simples lavages vaginaux suivant les cas. La malade est dite guérie, non quand l'orifice vaginal est cicatrisé, mais quand la cavité, réduite à néant, affleure les parois du vagin.

Tel est l'exposé théorique, schématique, en quelque sorte, de l'élytrotomie postérieure avec drainage pour suppurations pelviennes. Mais une méthode opératoire, si simple et si parfaite qu'elle puisse paraître, ne vaut que par les résultats qu'elle donne. D'autre part, les diverses modifications de la méthode ne peuvent être examinées avec profit qu'en présence de tel ou tel cas particulier, auquel elles s'appliquent.

Après un exposé complet du traitement des collections pelviennes par l'élytrotomie postérieure et le drainage pelvien, tel que M. Vincent le pratique depuis près de trois ans dans son service, et de ses résultats immédiats ou éloignés, nous pourrons, mais seulement alors, discuter avec quelque justesse les indications de cette méthode, ses avantages, ses inconvénients, et la comparer aux autres procédés.

(*A suivre.*)

Hôpital des cliniques de Buenos-Ayres.

RÉSULTATS DE 116 LAPAROTOMIES POUR LÉSIONS DE L'UTÉRUS OU DES ANNEXES

Par le Dr **Bazterrica**, professeur de clinique et le Dr **Mollnari**, chef de clinique.

Le total des laparotomies pratiquées pendant l'année 1894 et le premier semestre de 1895, monte à 116, avec le résultat suivant :

Guéries, 112
Mortes, 4
Mortalité, pour 100, 3,44.

Nous avons cru convenable de diviser ces 116 laparotomies en des groupes différents d'après la similitude des lésions et de l'intervention, pour qu'on soit en état de mieux apprécier la véritable importance des résultats obtenus et la gravité des opérations. Donc, nous avons :

Ovariotomies pour kystes de l'ovaire et du ligament large, 16.

Guéries, 16.

Fibro-myomes de l'utérus, 17

Guéries, 16
Mortes, 1
Mortalité, pour 100, 5,92.

Ces 17 cas sont subdivisés en : Hystérectomie abdominale totale, 7

Guéries, 6
Mortes, 1
Mortalité, pour 100, 14.28.

Myomectomies intrapéritonéales, 8.

Guéries, 8.

Opération de Battey, 2.

Guéries, 2.

Salpingectomies pour lésions inflammatoires des annexes, 58.

Guéries, 56
Mortes, 2
Mortalité, pour 100, 3,4.

Salpingites kystiques.

Salpingectomies pour pyosalpinx, 16.

Guéries, 14
Mortes, 2
Mortalité, pour 100, 12,5.

Salpingectomies pour hémato et hydrosalpinx, 16.

Guéries, 16.

Salpingectomies pour salpingites non kystiques, parenchymateuses, catarrhales chroniques, etc., 26.

Guéries, 26.

Laparotomies exploratrices, 8.

Guéries, 8.

Laparotomies pour kystes hydatiques du foie, reins, mésentère, etc., 7.

Guéries, 7.

Laparotomies pour éventration post-opératoire et hernies ombilicales, 8.

Guéries, 8.

Laparotomies pour abcès du ligament large (Marsupialisation), 1,

Morte, 1.

Laparotomies sub-péritonéales pour phlegmon induré du ligament large, 1.

Guérie, 1.

Hystérectomies vaginales pour épithéliome du col (procédé Péan-Richelot), 5.

Guéries, 5.

CONCLUSIONS

Des résultats précédents peuvent se déduire les conclusions suivantes :

1° L'ovariotomie est une des plus bénignes opérations de la chirurgie abdominale.

2° Dans les corps fibreux de l'utérus, la manière d'agir doit varier selon le volume de la tumeur, le lieu où elle se trouve, etc., etc. Dans les grands fibromes interstitiels, l'*hystérectomie abdominale totale* est le procédé d'élection, étant très supérieur à l'hystérectomie abdominale supra-vaginale avec pédicule interne ou externe. Dans 23 hystérectomies abdominales totales que j'ai pratiquées tant à l'hôpital que dans ma clientèle privée, nous avons obtenu 22 guérisons et 1 insuccès, ce qui donne une mortalité de 4,3 p. 100. L'opération de Battey est une opération excellente que l'on doit conserver. Je l'ai pratiquée 4 fois avec le résultat suivant. Dans un énorme fibrome (variété pelvienne), la tumeur a disparu en six mois. Dans deux, la diminution du fibrome a été considérable. Dans le quatrième, la tumeur est restée stationnaire après une année. Dans tous, les hémorrhagies ont disparu.

3° La salpingectomie pour lésions inflammatoires, non suppurées des annexes, ne nous a donné aucun cas de mortalité.

4° La salpingectomie pour pyosalpinx est encore une des plus graves opérations de la chirurgie gynécologique, celle dans laquelle nous avons eu jusqu'à présent la plus grande mortalité. La voie abdominale est, à notre manière de voir, supérieure à la voie vaginale (castration utérine de Péan-Segond), dans les lésions suppurées, bilatérales des annexes.

Quand le pus se répand dans la cavité abdominale, les

grands lavages du péritoine produisent la diminution des germes. Le drainage de Mikulicz avec gaze iodoformée ou simplement stérilisée trouve, dans ces cas, sa meilleure application.

Dans la *rétroflexion* adhérente, la gastro-hystéropexie est le meilleur procédé, donnant d'excellents et durables résultats. La suture doit se faire sur la face antérieure de l'utérus sans arriver au fond, pour éviter les accidents qui peuvent survenir pendant la grossesse et l'accouchement à cause de l'immobilité et le développement difficile du corps utérin. Parmi les cas nombreux où nous l'avons pratiquée, nous en eûmes un dans lequel la grossesse et l'accouchement furent normaux.

6° La laparotomie exploratrice, pourvu qu'elle se conserve telle, est une opération sans gravité qui ne doit pas donner de cas fatals.

7° Dans les kystes hydatiques du foie, mésentère, reins, etc., quand ils sont pédiculés, marsupialisation et drainage constituent le plus raisonnable et bienfaisant procédé opératoire.

8° Les hernies abdominales et éventrations post-opératoires, doivent se traiter toujours chirurgicalement.

9° La grossesse n'est pas une contre-indication de la laparotomie; au contraire, bien des fois elle la réclame. Dans les cas de tumeurs de l'utérus, ovaire, etc., compliqués de grossesse où nous l'avons pratiquée, la grossesse a continué sans accidents et l'accouchement normal a eu lieu.

10° Dans les épithéliomes du col de l'utérus non propagé, la seule opération raisonnable c'est l'hystérectomie vaginale.

Le procédé de Péan-Richelot est le plus rapide et le plus simple, et s'adapte à tous les cas. Dans les différents cas où nous avons pratiqué ce procédé, nous n'avons eu aucun accident, ni hémorrhagie, ni blessure de la vessie, ni pincement des uretères, intestins, etc.

Le procédé de Müller ne rend ni plus facile ni plus rapide l'opération.

REVUE GÉNÉRALE

HÉMORRHAGIES PAR INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA. DE LA MEILLEURE MANIÈRE DE LES COMBATTRE, D'APRÈS DEUX MAITRES DE L'OBSTÉTRIQUE FRANÇAISE

Par le Dr **R. Labusquière.**

Certes, il s'agit ici d'un des accidents les plus redoutables auxquels le praticien ait à porter remède. Un de ceux qui, très rapidement, peuvent compromettre irrémédiablement deux existences. Aussi, importerait-il beaucoup que le praticien, souvent appelé inopinément, à combattre cette grave complication eût des règles de conduite nettement tracées. Or, en est-il ainsi et les maîtres de l'obstétrique, ceux qui par leur situation, leur champ étendu d'observations, sont les mieux en demeure de formuler ces règles, s'accordent-ils sur la meilleure conduite à suivre ? Deux thèses soutenues à la Faculté de Paris, l'une le 25 avril 1895, l'autre le 26 juin 1895, donc à deux mois d'intervalle, disent non, accusant trop en quelque sorte les divergences qui existent encore sur cette question d'importance pratique capitale, au moins dans notre pays. La première thèse, expression de l'enseignement du professeur Tarnier, *insertion vicieuse du placenta et tamponnement vaginal* pourrait aussi bien avoir pour titre « insertion vicieuse du placenta et *bienfaits du tamponnement* » ; la seconde, plaidoyer, tout au moins indirect et après enquête scrupuleuse, de la pratique suivie par le professeur Pinard, à la Maternité Baudelocque, porte ce titre catégorique : *Les méfaits du tamponnement vaginal* dans le placenta prævia. Ainsi, sur une des questions les plus importantes de la pratique obstétricale, deux professeurs éminents, dont l'enseignement, très suivi, a nécessairement une influence considérable qui, ultérieurement, se traduit, en

pratique, par des résultats plus ou moins bons, sont d'un avis diamétralement opposé : Galien dit *oui*, Hippocrate dit *non*. Analysons les deux thèses et voyons les arguments.

I

PREMIÈRE THÈSE. — *Insertion vicieuse et tamponnement vaginal* (1). — C'est le travail inspiré par le professeur Tarnier. Il est basé sur un total de 67 cas de tamponnement qui se répartissent ainsi : a) Maternité de Paris (de 1879 à 1892 inclus) 44 cas, *b*) Clinique d'accouchements de la rue d'Assas (septembre 1891 à mars 1895) 12 cas. *c*) Service d'accouchements de l'hôpital Lariboisière (directeur du service, M. Porak) 11 cas.

La thèse est divisée en 3 parties : A) Elle représente une étude laborieuse, d'allure très classique, de l'insertion vicieuse du placenta (aperçu historique, clinique et thérapeutique) : définition, étiologie, anatomie pathologique, conséquences de l'insertion vicieuse (présentations vicieuses, rupture prématurée des membranes, avortement et accouchement prématuré, hémorrhagie) ; influence de l'insertion vicieuse sur la marche de la grossesse, de l'accouchement, de la délivrance et des suites de couches ; diagnostic, pronostic, pathogénie de l'hémorrhagie et procédés de traitement.

B) *La deuxième partie* est consacrée à l'histoire et à l'étude de la méthode de traitement, celle qui, au jugement du professeur Tarnier et de son disciple, mérite d'être placée au premier rang : *le tamponnement*.

Le tamponnement exige la réalisation des conditions suivantes : 1° que le souci de l'asepsie et de l'antisepsie les plus rigoureuses préside à son emploi, 2° que la substance dont il est fait soit suffisamment perméable pour se laisser imprégner par les liquides antiseptiques et assez souple pour ne permettre, entre les éléments qui les composent,

---

(1) BOURDIER. *Insertion vicieuse et tamponnement vaginal*. Th. de Paris, 1895, Steinheil, éd.

aucune solution de continuité, 3° qu'il soit appliqué avec méthode, 4° qu'il soit suffisant.

L'auteur examine successivement les points suivants: application du tampon, son mode d'action ; reproches adressés à la méthode ; tampon comparé avec les autres méthodes, indications du tampon.

C) *La troisième partie* comprend les subdivisions suivantes : conduite à tenir dans les cas d'hémorrhagies liées à l'insertion vicieuse ; résultats statistiques, tableaux synoptiques où se trouvent consignés les points essentiels des cas utilisés par l'auteur ; enfin observations. Viennent ensuite les conclusions.

Conclusions. — Parmi les diverses méthodes proposées pour arrêter l'hémorrhagie due à l'insertion vicieuse du délivre, le tampon vaginal qui s'adresse à l'hémorrhagie elle-même, est d'un emploi aussi rationnel que les autres méthodes dont quelques-unes reposent sur de simples hypothèses. Il offre sur elles l'avantage d'être toujours praticable. Il a fait ses preuves. Bien préparé, bien appliqué et parfaitement aseptique, le tampon n'est passible d'aucun accident grave et les faits eux-mêmes répondent aux reproches qu'on lui a adressés.

Il est, pendant la grossesse, le procédé de choix pour le traitement de l'hémorrhagie. Au début et au cours du travail, il est encore le moyen le plus sûr, car il excite les contractions utérines et dilate le col tout en opposant une barrière à peu près infranchissable au cours du sang. Il permet ainsi d'attendre que la dilatation soit suffisante pour terminer l'accouchement. Dans la variété d'insertion totale, dans les cas de bassins rétrécis, et dans certains cas de présentation vicieuse n'ayant pu être corrigée, il est souvent seul efficace et seul praticable. Les indications sont donc multiples et méritent d'être élargies plutôt que restreintes. Il donne des résultats aussi favorables qu'aucune autre méthode. Il est donc une arme qu'il ne faut pas briser mais dont il faut au contraire apprendre, si possible, à se mieux servir.

Documents statistiques de cette première thèse. — Nombre des cas : 67. A) Maternité 44, B) Clinique de la rue d'Assas, 12 cas. C) Lariboisière, 11 cas.

A) MATERNITÉ (44 cas).

Mères guéries...	38
— mortes...	6. Mortalité maternelle, 13,6 p. 100.
Enfants vivants.	15
— morts..	29. Mortalité fœtale, 65, 9 p. 100.

Mais l'auteur, après analyse des faits, a jugé qu'il convenait de retrancher 5 cas dans lesquels les morts, sans relation étiologique, à son avis, avec la méthode du tamponnement, aurait eu pour cause : 1° l'urémie (*obs.* 21) ; 2° la septicémie, contractée en ville et déclarée avant l'entrée à la Maternité (*obs.* 8) ; 3° une hémorrhagie par inertie utérine qui, deux heures après l'accouchement, tua l'accouchée apportée à peu près mourante (*obs.* 34) ; 4° l'état d'anémie profonde dans lequel étaient déjà deux femmes lors de leur admission (*obs.* 6 et 29), d'où cette seconde statistique, revue et décomplétée, pourrait-on dire, après lecture de la seconde thèse, dissection appliquée de celle-ci.

A *bis*) MATERNITÉ (39 cas).

Mères guéries...	38.
— mortes...	1. Mortalité maternelle, 2,5 p. 100.
Enfants vivants.	14.
— morts..	24. Mortalité fœtale, 63 p. 100.

Mais, sur ces 39 cas, le tampon ne fut appliqué, exclusive ment, que 35 fois, d'où la troisième statistique, définitive ment expurgée, pour la Maternité.

A *ter*) MATERNITÉ (35 cas).

Mères guéries...	34.
— mortes...	1. Mortalité maternelle, 2,9 p. 100.
Enfants vivants.	13.
— morts..	21. Mortalité fœtale, 61,7 p. 100.

B) CLINIQUE DE LA RUE D'ASSAS (12 cas).

Mères guéries...	11.	
— mortes...	1.	Mortalité maternelle, 9 p. 100.
Enfants vivants.	13.	
— morts..	21.	Mortalité fœtale, 61,7 p. 100.

M. Bourdier accompagne cette statistique des remarques suivantes : « Le cas où la mort survint (syncope post-partum, obs. XIV) se rapporte à une femme qui, pendant toute la durée de sa grossesse, avait eu des pertes presque quotidiennes, avait négligé de se faire soigner, était entrée à la Clinique dans un état d'anémie très grave. Les tampons appliqués pendant le travail sont restés étanches. La méthode ne saurait donc être incriminée ». D'où la statistique :

B *bis*) CLINIQUE DE LA RUE D'ASSAS (11 cas).

Mères guéries...	11.	
— mortes...	0.	Mortalité maternelle, 0 p. 100.
Enfants vivants.	3.	(2 morts peu après.)
— morts..	8.	Mortalité fœtale, 72 p. 100.

C) LARIBOISIÈRE (11 cas).

Mères guéries...	10.	
— mortes...	1.	Mortalité maternelle, 9 p. 100.
Enfants vivants.	3.	
— morts..	8.	Mortalité fœtale, 72 p. 100.

Des 11 cas, 1 à retrancher (septicémie contractée à la suite d'un pansement *fait en ville*), d'où :

C *bis*) LARIBOISIÈRE (11 cas).

Mères guéries...	10.	
— mortes...	0.	Mortalité maternelle, 0 p. 100.
Enfants vivants.	3.	
— morts..	7.	Mortalité fœtale, 70 p. 100.

STATISTIQUE TOTATE

56 cas.

Mères guéries...	55.		
— mortes...	1.	Mortalité maternelle,	1,7 p. 100.
Enfants vivants.	19.		
— morts...	36.	Mortalité fœtale,	64,3 p. 100.

II

Donc, ce plaidoyer en faveur du tamponnement (tamponnement bien fait, complètement fait et entouré de tous les *desiderata* d'une antisepsie et d'une asepsie rigoureuse) reste basé, après révision des cas et élimination de ceux jugés impropres comme éléments d'appréciation, sur un total de 56 observations, qui donnent, comme *mortalité maternelle*, le chiffre très beau, très encourageant, et un peu inattendu pour ceux qui ont vu peut-être surtout les résultats du tamponnement fait par des mains moins expérimentées et moins aseptiques, de seulement 1,7 p. 100. Quant à la *mortalité fœtale*, elle reste, malgré tout, élevée, soit : 64,3 p. 100.

Voyons maintenant ce que deviennent ces chiffres après révision nouvelle, moins indulgente peut-être, des mêmes observations et d'autres séries de cas.

DEUXIÈME THÈSE. — *Les méfaits du tamponnement vaginal dans le placenta prœvia* (1).

Cette nouvelle enquête, dans laquelle l'auteur déclare avoir employé tous ses efforts à être d'une exactitude aussi rigoureuse que possible, comprend 6 séries de faits : *Série* A), Clinique de la rue d'Assas (professeur Tarnier), 14 cas ; *Série* B), Maternité de la Charité (M. Budin), 17 cas dont 15 avec des renseignements si incomplets qu'ils ne permettent pas une appréciation raisonnée des résultats ; *Série* C), Service d'accouchements de Saint-Louis et Lariboisière (M. Porak), 20 cas ; *Série* D), Service d'accouchements de la

(1) ABD-EL-NOUR (A.). Th. de Paris, 1895, Steinheil, édit.

Pitié (Maygrier), 14 cas; *Série* E), faits rassemblés dans divers services hospitaliers de Lyon, 11 cas; *Série* F), Maternité de Paris, 44 cas.

L'auteur, toutes les fois que cela lui a été possible, a rapporté les observations *in extenso*. Puis, les observations étant ainsi successivement relatées, il a fait suivre chaque série de ces observations d'une étude analytique, raisonnée, et très suggestive, intitulée : *Statistique et commentaire de la série* A, B, etc.

L'examen analytique de la série A comporte un intérêt tout spécial. Car cette série doit être rapprochée du groupe B de l'autre thèse. Les deux groupes de cas proviennent, en effet, de la Clinique d'accouchements de la rue d'Assas (directeur, M. Tarnier). Or, la série A comprend 14 observations, tandis que le groupe B (th. Bourdier), n'en renferme que 12, et même 11 après correction, groupe B *bis*.

L'auteur de la seconde thèse reproche à M. Bourdier : 1° d'avoir, sans raison plausible, fait partir son relevé statistique de la clinique de la rue d'Assas, du mois de septembre 1891, alors que les archives du service remontent au 1er janvier 1890 et que — coïncidence regrettable — au cours de la période de l'année 1891, antérieure au mois de septembre, on avait eu précisément deux cas de mort par hémorrhagie due à l'insertion vicieuse du placenta (cas cités par Démelin, Bertrand, et le professeur Tarnier) (1); 2° d'avoir, sans raison également valable, retranché des douze cas qu'il cite, le seul cas de mort (obs. XIV de la thèse Bourdier), sous le prétexte que la femme était, en entrant à la clinique, « *dans un état d'anémie grave.* »

« *On voit*, écrit M. Abd-el-Nour, *que cette femme est entrée à la clinique le 17 février et n'est morte que le 3 mars, soit quatorze jours pendant lesquels, tous les jours, on constatait que le pansement était teinté de sang ; ce*

(1) TARNIER. *De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique*. 1894, p. 821 ; Steinheil, éd.

temps nous paraît suffisant pour remonter l'état général, quelque anémiée qu'elle fût. Il est donc étonnant qu'on ne l'ait pas débarrassée de la cause principale de ces hémorrhagies, à savoir : le contenu de l'utérus. En tout cas, quatorze jours de traitement rigoureux, comme on sait en faire à la clinique, nous semble suffisants pour écarter la supposition que cette femme est entrée à la dernière extrémité et que les trois tampons pratiqués au lieu d'autre chose, ne sont pour rien dans la mort. Nous maintenons le cas » (1).

La statistique de M. Bourdier ainsi commentée, puis complétée, devient pour la clinique de la rue d'Assas : total 14 cas, mères guéries 11, mortes 3, *mortalité maternelle* 21, 42 p. 100 au lieu de 0 p. 100.

*
* *

Cet aperçu indique dans quel esprit et suivant quelle méthode a été faite la seconde thèse.

Reproduction *in extenso*, toutes les fois que cela fut possible, des observations ; puis, quand les données étaient vraiment suffisantes, appréciation motivée des résultats ; quand, au contraire, les renseignements étaient insuffisants, constatation brutale mais obligée de ces résultats. — Après ce travail d'analyse et de statistique, raisonnée ou brutale (suivant le cas), pour chaque série, l'auteur, avant de formuler ses conclusions, a fait un dernier chapitre de « *récapitulation et de statistique totale* » dans lequel, en dernière analyse, il arrive, pour la méthode du tamponnement, en utilisant les matériaux des partisans de cette méthode, aux chiffres suivants (combien loin de ceux de M. Bourdier !).

Mortalité maternelle de 13,63 à 40 p. 100, moyenne 26,81 p. 100.
Mortalité fœtale de 65,90 à 89,47 p. 100, moyenne 77,68 p. 100.

Aussi n'est-on pas surpris de lire les conclusions qui

(1) *Loc. cit.*, p. 24.

suivent, et qui sont bien « *le contraire* » de celles du précédent auteur.

a) Dans tous les cas où l'hémorrhagie est faible ou moyenne, le tampon peut être remplacé avantageusement ; son application méthodique peut avoir un funeste résultat : certain pour le fœtus, et très probable pour la mère.

b) Dans tous les cas d'hémorrhagie grave, le tamponnement reste inefficace ; il est d'ailleurs, alors dangereux ; car il laisse traîner les choses en longueur, cache à l'accoucheur la réalité de la continuation de la perte et empêche de la combattre ; en outre, l'accoucheur obligé de le retirer de temps à autre pour surveiller le travail et la dilatation, multiplie les manipulations, et partant, augmente les chances d'infection. Dans tous ces cas graves, il a fallu, le remplacer, souvent trop tard, par d'autres méthodes plus efficaces, qu'il serait préférable d'employer de prime abord.

c) Le tamponnement a pour résultats immédiats, une mortalité maternelle oscillant entre 12 et 40 p. 100 (très souvent plus près de 40 que de 12 p. 100) ; et une mortalité fœtale oscillant entre 60 et 90 p. 100 (en chiffres ronds), mais également très souvent plus près de 90 que de 60 p. 100.

d) A la suite du tamponnement, et d'après toutes les observations où ce détail a pu être noté, on remarque très souvent de l'hyperthermie et des accidents se rapportant à une invasion microbienne due aux manipulations exigées pour l'application du tampon, et très souvent à la septicité plus ou moins grande des parties qui le composent.

e) Enfin, il est à peine besoin d'indiquer que le tamponnement est un moyen de traitement qu'on devrait rejeter de la pratique civile, vu l'impossibilité où l'on paraît être de le faire en ville, avec la même perfection qu'on apporte à son application dans les sanctuaires hospitaliers consacrés officiellement à son culte.

Quant à nous, notre conviction concernant l'inefficacité et l'inutilité, — pour ne pas dire davantage — de ce moyen de traitement, est absolument inébranlable. Nous souhaitons

que l'étude attentive des faits que nous avons résumés avec une scrupuleuse exactitude, suffise amplement à l'édification de ceux qui ne sont guidés dans leur pratique que par l'intérêt de leurs malades, et puisse les décider à s'adresser aux méthodes qui depuis plus de dix ans, en Allemagne, en Angleterre, en Amérique et en France, ont fait tomber à 5 ou 6 p. 100, la mortalité maternelle par l'insertion vicieuse du placenta.

III

Il est clair que le rapprochement de ces deux thèses soutenues à des dates si rapprochées, et expressions de l'enseignement de deux maîtres dont tout le monde s'accorde à reconnaître la grande expérience et le savoir, est bien fait pour rendre perplexe. La seconde, celle de l'élève du professeur Pinard, avec son allure de dissection impitoyable et de mise au point rigoureuse des faits est particulièrement impressionnante. Mais, après s'être, dès le début, déclaré partisan convaincu de la pratique du professeur Pinard, et ses conclusions une fois formulées après instruction close contre le tamponnement, M. Abd-el-Nour n'est pas entré dans la description de la méthode à laquelle il se raillait et n'a pas dressé le bilan de cette méthode, parce que d'ailleurs cela n'entrait pas dans le cadre de son travail « *les méfaits du tamponnement vaginal* ». Aussi, avons-nous pensé qu'il ne serait peut-être pas inutile : 1°) de rappeler au lecteur les principaux points de cette méthode, dont le double but est « *d'arrêter l'hémorrhagie et de hâter autant que possible l'évacuation de l'utérus* », le professeur Pinard s'étant efforcé de la mettre à la portée des praticiens en la simplifiant le plus possible et en supprimant la nécessité des manœuvres combinées, plus ou moins complexes, encore fort en honneur, particulièrement à l'étranger ; 2°) de faire à son sujet quelques recherches statistiques.

1° « La conduite que nous suivons aujourd'hui, écrit M. Varnier, dans les cas que j'ai tenu à rappeler ici (il s'agis-

sait : de présentations du siège, du tronc, du sommet, la tête restant mobile au détroit supérieur avec tendance à glisser dans l'une des fosses iliaques), est beaucoup plus simple et non moins efficace. Après la rupture des membranes si, *ce qui est tout à fait exceptionnel*, je le répète, l'hémorrhagie ne s'arrête pas net, au lieu de tenter les manœuvres compliquées que nous préconisions naguère, faute de mieux, nous introduisons dans l'œuf un ballon de Champetier qui, remplissant admirablement l'office de tampon interne et hâtant la dilatation, permet l'extraction rapide du contenu utérin » (1).

2° *Relevés statistiques.* — M. Varnier a bien voulu nous confier le relevé statistique des cas d'insertion vicieuse du placenta, observés à la maternité Baudelocque du 1er janvier 1890 au 31 décembre 1894. Nous avons également consulté les comptes-rendus de la maternité Baudelocque, comptes-rendus publiés chaque année (2). Voici les chiffres que nous avons relevés :

Du 1er janvier 1890 au 1er janvier 1895, on a observé 169 cas d'insertion vicieuse du placenta. Mais ces cas sont loin d'avoir tous exigé les secours de l'Art. Nous trouvons qu'il a fallu faire une ou plusieurs interventions obstétricales dans 60 cas. Ces interventions peuvent-être groupées de la façon suivante :

1° *Rupture des membranes*, en bloc : 51 fois. Ce nombre se subdivise en : A, rupture isolée : 36 fois ; B. rupture suivie d'une ou plusieurs opérations : 15 fois.

Le groupe B examiné dans le détail, donne les associations d'opérations suivantes : 1° Rupture des membranes, ballon Champetier : 4 fois ; 2° rupture des membranes, ballon, version : 3 fois ; 3° rupture des membranes, version interne: 2 fois ; 4° rupture des membranes, abaissement d'un pied :

(1) *Revue prat. d'Obst. et de Pædiatrie*, mai 1892, p. 133.

(2) Lepage. *Fonctionnement de la maison d'accouchement Baudelocque*, 1890, 1891, 1892, 1893, 1894, 1895. Steinheil, éd.

3 fois; 5° rupture des membranes, ballon, forceps : 1 fois; 6° forceps : 2 fois.

2° Les *autres interventions* qui n'ont pas dû être précédées de la rupture artificielle des membranes sont : a) ballon Champetier, seul : 1 fois ; *b*) ballon Champetier et version 2 fois; *c*) ballon Champetier et abaissement d'un pied (siège): 1 fois ; *d*) version interne : 1 fois ; *e*) version par manœuvres mixtes, abaissement d'un pied (siège) : 1 fois ; *f*) abaissement d'un pied (siège): 1 fois ; *g*) forceps seul : 1 fois ; *h*) symphyséotomie.

Au total, il fallut intervenir dans 60 accouchements sur 169.

Quelle a été la *mortalité maternelle*, au cours de ces cinq années, sur ces 60 cas où les secours de l'Art ont été nécessaires ? En 1890 : 1 mort (Obs. 391); en 1891 : 2 morts (Obs. 851 et Obs. 1286) ; en 1892 : 1 mort (Obs. 134); en 1893 : 0 mort ; en 1894 : 0 mort. En tout, *quatre mères mortes*, soit comme *mortalité maternelle brute* : 6,6 p. 100.

Si l'on étudie de plus près les observations, et, à ce point de vue les comptes-rendus de la maternité Baudelocque fournissent des renseignements intéressants, voici ce qu'on apprend :

Obs. 391. — Dans ce cas, la rupture des membranes fit cesser l'hémorrhagie. 3 heures après on terminait l'accouchement par l'extraction du siège. Apparition d'accidents septiques dès le troisième jour. *Mort* le quatorzième jour d'embolie.

Obs. 851. — Femme apportée mourante. Avait déjà perdu beaucoup de sang. Tamponnement tout à fait insuffisant fait en ville; *entrée* à la Maternité à 5 heures et demie du matin, *morte* à 9 h. 55 soit, *à peine au plus de quatre heures après l'entrée*. Donc, insuccès forcé et sans aucun rapport étiologique avec la méthode de traitement suivie.

Obs. 1286. — Apportée le 1er octobre, à 4 heures du soir. *Perdait du sang en abondance depuis quinze heures*, hémorrhagie post-partum. *Mort* à 7 heures un quart le même soir, donc *3 heures un quart après l'entrée* : A l'autopsie, constatation de bulles d'air

dans la veine utéro-ovarienne gauche, dans la veine cave inférieure, ainsi que dans les cavités cardiaques, (accident en rapport avec l'injection intra-utérine). Mais, issue fatale qu'on ne saurait, en réalité, inscrire au passif de la méthode thérapeutique dirigée à la Maternité contre les accidents de l'insertion vicieuse du placenta.

OBS. 134. — Elle peut être résumée comme suit : insertion vicieuse du placenta, hémorrhagie grave. Rupture, *spontanée*, prématurée des membranes à 1 heure et demie du matin. Entrée à la Maternité Baudelocque, le 31 janvier à 10 heures un quart du matin. A cause de la persistance de l'hémorrhagie, introduction du ballon Champetier à 10 heures et demie, cessation de l'hémorrhagie. A midi 45, expulsion, compliquée de procidence du cordon aussitôt réduite, de l'enfant (mort-né, et qui présentait un circulaire); délivrance normale. Mais, accidents de nature septique; élévation de température, et *mort* le 3 février à 5 heures du soir, c'est-à-dire un peu plus de deux jours après l'accouchement. A *l'autopsie;* « l'utérus est le siège de plusieurs fibromes dont deux occupent la face antérieure de l'organe; ils ont été diagnostiqués pendant la vie; la muqueuse est très épaissie, rouge-noirâtre; une odeur infecte s'exhale de la cavité utérine. Pas de péritonite. Nulle part on ne trouve de pus. *Mais l'examen bactériologique prouve que la septicémie est bien la cause de la mort* » (1).

Il ressort de l'analyse de ces quatre observations que deux, sûrement, observations 1851 et 1286, n'ont dans leur dénouement, aucun rapport étiologique avec le traitement du placenta prœvia tel qu'il est compris à la Maternité Baudelocque, ces deux cas sont à retrancher des éléments réellement valables pour la statistique.

Restent *deux morts, par septicémie sur un total de 58 cas*, soit : MORTALITÉ MATERNELLE (et par septicémie) un peu moins de 3,5 p. 100.

Mortalité fœtale. Nous avons compté en 1890, enfants morts : *cinq*; en 1891 : *huit*; en 1892 : *huit*; en 1893 : *six*; en 1994 :

(1) VARNIER. De l'emploi du ballon dilatateur de Champetier de Ribes dans quelques cas d'insertion vicieuse du placenta. *Rev. pratique d'Obst. et de Pædiatrie,* mai 1892, p. 147.

sept; en tout : 34, soit, comme *mortalité brute* : 26 p. 100. Or de ces enfants plusieurs étaient d'un poids incompatible avec la vie (530 gr., 390, 785, 730, 950, 620, 920, 500) ; ces cas seraient donc à défalquer, ce qui améliorerait encore le chiffre de 26 p. 100 de mortalité infantile lequel est pourtant beaucoup plus favorable que le chiffre correspondant dans la méthode du tamponnement.

Mais si nous examinons de plus près ces cas de mortalité infantile, nous voyons que de ces 34 cas, 18 correspondent aux accouchements dans lesquels il fallut intervenir par une ou plusieurs opérations, et que de ces 18 cas deux correspondent aux observations 851 et 1286 qui ont été écartées, de droit, des éléments valables pour l'appréciation de la méthode thérapeutique suivie. Donc, il reste 16 enfants morts sur 58, ce qui donne comme *mortalité infantile* : 27,58 p. 100 (sans élimination des cas où il s'agissait d'enfants dont le poids était incompatible avec la vie).

*
* *

Ce qui précède était déjà livré à l'impression, quand M. le professeur Pinard ayant appris que nous nous occupions de ce sujet, nous a fait prier de nous rendre à la Maternité Baudelocque. Il désirait nous montrer deux cas récents d'insertion vicieuse du placenta, à enregistrer au passif du tamponnement (du tamponnement mal fait, incomplètement fait, — il faut l'avouer). Ces deux femmes, apportées dans le plus triste état dans le service, y ont été sauvées. De l'une d'elles, on peut dire, sans aucune exagération, que c'est une *ressuscitée* ! Car, à son arrivée, elle était *quasi-morte*. La rupture des membranes mit heureusement, *du coup*, fin à l'écoulement sanguin qui durait encore. Le pouls était introuvable, la respiration convulsive des gens qui asphyxient, enfin, le *réflexe cornéen aboli* !

Cet état céda peu à peu à l'injection graduellement faite de 1200 grammes de sérum. Quand nous avons vu cette femme, nous avons été très frappé de sa grande pâleur,

reste de l'anémie suraiguë dont elle avait été victime. Elle a de plus présenté des accidents de septicémie, accidents qu'on a d'autant plus à appréhender que le sang, les caillots et les organismes pathogènes qui se rencontrent éventuellement dans le canal utéro-vaginal constituent des foyers auxquels l'accouchement avec ses effractions vasculaires multiples, ouvre de larges voies pour infecter l'organisme. Il faut donc toujours prévoir ces accidents et employer ses soins à les prévenir, quand on est appelé de bonne heure. Plus que jamais, antisepsie et asepsie sont de rigueur. Chez la malade en question, les accidents septiques paraissaient, d'ailleurs, être très victorieusement combattus.

M. le professeur Pinard nous a de plus fait remettre le relevé statistique, manuscrit, des cas d'insertion vicieuse du placenta observés pendant l'année 1895, ce dont nous le remercions ici.

Ce tableau fournit les renseignements suivants : du 1er janvier 1895 au 1er janvier 1896, on a observé 25 cas de placenta prœvia. De ces 25 cas, 15 ont nécessité une ou plusieurs interventions. Ces interventions groupées comme plus haut, donnent :

1° *Rupture des membranes*, en bloc : 13 fois. *A*) Rupture isolée, 9 fois : *B*) Rupture suivie d'une ou plusieurs opérations, 4 fois.

Groupe B. 1° Rupture des membranes, ballon Champetier, 2 fois ; 2° Rupture des membranes, ballon Champetier, embryotomie, 1 fois ; 3° Rupture des membranes, version, 1 fois.

2° Les autres interventions qui n'ont pas dû être précédées de la rupture artificielle des membranes sont : a) ballon Champetier, version (il s'agissait d'une présentation de l'épaule) ; *b*) forceps, 1 fois.

Mortalité maternelle : 0 !

Si l'on ajoute ces 15 cas où il a fallu intervenir, aux 58 cas qui, au cours des cinq années précédentes, avaient également imposé une ou plusieurs opérations, on a : 73 cas avec seu-

lement 2 cas de mort, soit comme chiffre de *mortalité maternelle*, depuis le 1er janvier 1890 jusqu'au 1er janvier 1896 : 2,74 p. 100.

Mortalité fœtale. — Elle a été, cette dernière année, relativement élevée. Il y a eu en effet, en bloc : 11 enfants morts, ce qui, par rapport à la totalité des cas de placenta prœvia, soit 25, donne comme chiffre brut de la *mortalité infantile :* 44 p. 100.

Mais, en examinant le tableau, on voit que ces 11 cas de morts de l'enfant rentrent dans les 15 cas où il a fallu intervenir, et alors le chiffre de la mortalité infantile devient pour ces 15 cas : 73,33 p. 100.

Il est vrai que parmi ces enfants, on relève des poids tels que 1,650 gr., 1,630, 1,650, 1,900, 910 (*mort-né*), 1,920 (*mort-né*), 1,190, et que, de ce fait, il serait excessif de mettre, systématiquement, ces morts au passif de la méthode thérapeutique suivie. En les retranchant, le chiffre de la mortalité fœtale s'atténuerait donc.

Si on additionne ces chiffres avec les chiffres correspondants des cinq années antérieures, on trouve 27 morts sur 73 enfants, ce qui donne comme *mortalité infantile,* un peu moins de 37 p. 100.

Récapitulation et statistiques totales.

1° *Méthode du tamponnement* (thèse Bourdier).

Mortalité maternelle	1,7 p. 100
Mortalité fœtale	64,3 p. 100

Même méthode, après révision des faits et éléments d'appréciation nouveaux (thèse Abdel-el-Nour).

Mortalité maternelle	de 13,63 à 40 p. 100,	moyenne 26,81 p. 100
Mortalité fœtale	de 69,90 à 89,48 p. 100,	moyenne 77,68 p. 100

2° *Méthode du professeur Pinard* (Maternité Baudeloc-

que, du 1er janvier 1890 au 1er janvier 1896), *statistique intégrale* dressée par nous (1).

Mortalité maternelle	2,74	p. 100
Mortalité fœtale	37	p. 100

CONCLUSION. Le but, dans ces complications où, quelle que soit la méthode suivie, la vie de l'enfant est gravement compromise, c'est : *sauver la mère !*

La manière la plus sûre de se préparer à réaliser ce but, le cas échéant, c'est de travailler, de se familiariser le plus possible avec tout ce qu'exige la pratique, consciente, de l'Art. Certes, c'est une tâche lourde pour le praticien qui a à parer à des accidents si multiples et si variés, passant de la chirurgie, à la médecine, de la médecine à l'obstétrique, etc. Mais la raison de ce travail est d'ordre si supérieur ! Examiner les faits, les examiner en connaissance de cause, apprécier les résultats, savoir les interpréter et augmenter ainsi un peu son expérience de celle des autres. Puis, en présence d'un cas, s'efforcer de voir les indications générales et particulières qu'il présente, et des moyens de secours qu'on trouve autour de soi *et en soi*, dégager les plus efficaces pour assurer *au maximum* le salut de la femme.

Tout ceci paraîtra sans doute très vague. Mais, quelle pourrait être vraiment la formule précise pour ces médecins qui comprennent le tamponnement de si étrange façon qu'ils se bornent, contre des hémorrhagies capables de tuer en quelques heures, d'introduire cinq à six pauvres bourdonnets de coton dans le vagin !

Pour ces médecins, avec la meilleure méthode, les

(1) *Nous sommes sûrs d'avoir relevé tous les cas de mort.* Si, malgré nos soins, nous avions omis des cas qui auraient dû entrer en ligne de compte, ces cas seraient des accouchements qui auraient nécessité une intervention et dont l'addition ne pourrait qu'améliorer les chiffres de mortalité obtenus.

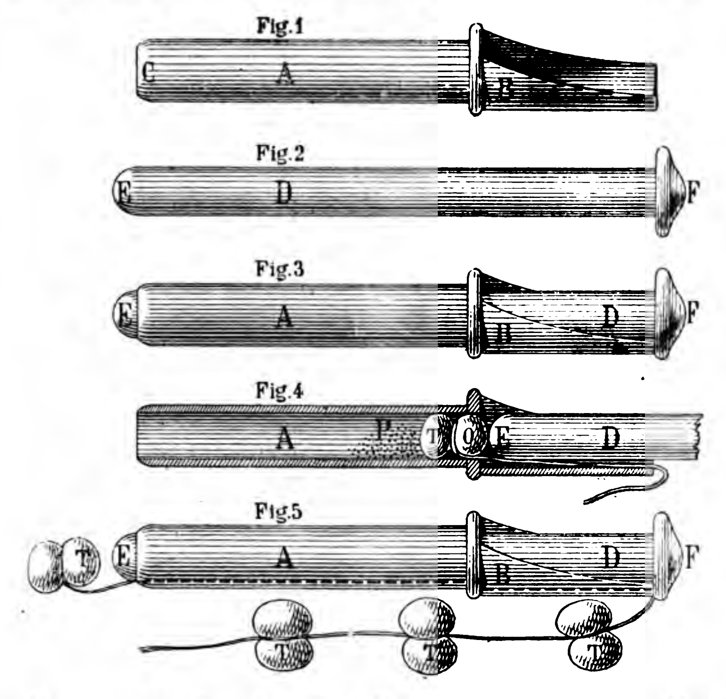
résultats seront toujours mauvais. Si où nous posait la question, mais *vous, que feriez-vous ?*

Nettement je répondrais : dans le milieu ou je suis, je m'efforcerai d'imiter, d'aussi près que possible, ce qu'on fait à la Maternité Baudelocque.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Auto-panseur du Dr Witkowski.

Cet appareil (fig. 3) permet à la femme de porter elle-même, dans les voies génitales, les topiques prescrits par le médecin.



Il se compose d'un piston D et d'une canule A, en bois : celle-ci présente une extrémité évasée B, de la contenance d'une cuillerée à café, pour recevoir les topiques.

Après avoir pris une injection boriquée, la femme s'installe sur son lit et introduit l'appareil, enduit de vaseline aseptique, jusqu'à ce qu'elle rencontre une résistance. Elle retire alors le piston, verse dans la cuvette B le topique et le refoule à l'intérieur de la canule, à l'aide d'un tampon, muni d'un fil de lin résistant, que le doigt pousse à son tour dans la canule jusqu'à ce qu'il disparaisse ; puis l'extrémité E du piston remplace le doigt (fig. 4) et dirige le tout au fond du vagin.

Le tampon jouant le rôle de propulseur du topique et ne devant pas rester jusqu'au prochain pansement, doit être peu volumineux.

Dans les cas où les parois vaginales doivent être isolées, on introduira plusieurs tampons (fig. 5), disposés en queue de cerf-volant et distants d'au moins 0,20 cent. les uns des autres ; on interposera des topiques, s'il y a lieu, entre chaque tampon.

Cet appareil a, sur ses similaires (1), plusieurs avantages : simplicité, solidité, facilité d'introduction et de nettoyage, possibilité de faire usage de topiques liquides, sirupeux, gras ou pulvérulents, de tampons multiples ou de bandes de gaze aseptique. Dans ce dernier cas, on engage l'extrémité non munie de fil à l'intérieur de la canule engagée dans les voies génitales et on pousse le reste avec le doigt, jusqu'à ce que toute la bande disparaisse : le piston achève ensuite l'introduction.

Les topiques employés seront surtout les *poudres* (2) (iodoforme, aristol, salol, acide borique, tannin, etc.), ayant pour excipient les poudres de talc de Venise tamisé ou de lycopode qui ne forment pas de grumeaux, et les *glycérés*. Pour les poudres, une cuillerée à café suffit à chaque pansement et pour les glycérés, les deux tiers d'une cuillerée à café ou un tampon enduit du topique.

(1) *Pulviphore*, de Laforgue ; *Pyxide*, de Gariel ; *Projecteur*, de Gubler : *Porte-topiques*, de Delisle, de Dibot ; *Panseur gynécologique*, de Mourret ; *Spéculum insufflateur*, de A. Fabre, etc.

(2) On prescrira les poudres dans un flacon à large tubulure, pour faciliter leur chute dans la cuvette de la canule

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du 12 *décembre* 1895.

M. BRINDEAU. **Insuffisance tricuspidienne congénitale.** — Il s'agit d'un enfant de 2,550 grammes, qui ne vécut que quelques heures. A la naissance, on remarque qu'il est complètement cyanosé et qu'il existe au niveau des deux régions sous-maxillaires une tuméfaction régulière, lisse, de la grosseur d'un œuf de poule à droite, d'une noix à gauche, empiétant sur la région parotidienne et temporale. Du pourtour de chacune de ces tumeurs partent des vaisseaux volumineux qui divergent dans tous les sens. Ces tumeurs sont réductibles, se reproduisent avec facilité ; elles sont animées de battements et sont le siège d'un bruit de souffle continu à renforcement systolique.

A l'autopsie, le cœur droit est très dilaté, ainsi que la veine cave supérieure : la jugulaire droite atteint le volume du pouce, c'est elle qui formait la tumeur ; à gauche, elle est moins volumineuse.

L'orifice tricuspidien très dilaté permet l'introduction du pouce. Le canal artériel est oblitéré.

M. BOUCHACOURT. **Fœtus atteint de malformations congénitales multiples à la suite de brides amniotiques.** — Ce fœtus présentait les malformations suivantes : Perte de substance de la voûte crânienne intéressant les deux pariétaux, le frontal et l'occipital, et hernie du cerveau ; — communication de l'orbite droit avec la cavité crânienne ; — bec-de-lièvre à droite ; — amputation de tous les doigts de la main gauche ; — sillons circulaires au niveau des quatres derniers doigts de la main gauche.

M. BOUCHACOURT. **Présentation de deux œufs intacts, provenant d'un avortement gémellaire de trois mois.** — Le premier œuf fut expulsé en entier, sauf le placenta. Le cordon faisait bouchon à travers l'amnios et empêchait le liquide amniotique de s'écou-

ler. Le second œuf fut expulsé avec son placenta. Le premier placenta fut extrait après la sortie du second œuf.

M. SCHWAB. **Perforation très probablement traumatique de l'utérus.** — A l'autopsie d'une femme qui succomba au bout de 5 jours, à la suite de phénomènes infectieux, causés par un avortement de quatre mois, M. Schwab trouva sur la face postérieure, vers le fond de l'utérus, à un travers de doigt de la trompe droite, une perforation de la largeur d'une pièce de deux francs, siégeant au fond d'une sorte d'excavation de la muqueuse, et entourée d'une sorte de péritonite enkystée.

Discussion. — PORAK rappelle un cas semblable qu'il a observé à Lariboisière. Il s'agissait aussi d'un avortement; à l'autopsie, on trouva dans la paroi utérine plusieurs abcès dont l'un s'était ouvert à la fois dans la cavité utérine et dans la cavité péritonéale, causant une perte de substance de la largeur d'une pièce d'un franc. DOLÉRIS pense aussi que dans le cas de M. Schwab, il s'agit d'un abcès et non d'une perforation traumatique. BUDIN fait remarquer que s'il y avait eu perforation traumatique, la femme n'aurait pas vécu cinq jours, mais serait morte rapidement de péritonite suraiguë.

M. PICHEVIN. **Abcès de l'utérus.** — M. Pichevin a pratiqué l'hystérectomie vaginale chez une femme qui depuis trois ans, rendait par le vagin une certaine quantité de pus. En examinant les pièces, on vit que l'utérus présentait une masse proéminente développée aux dépens de la corne gauche. En sectionnant cette tumeur, on tomba dans une cavité contenant une certaine quantité de pus. Cette cavité est tomenteuse, irrégulière, d'aspect grisâtre ; ses parois, formées entièrement par le tissu utérin, se confondent avec le reste du parenchyme.

M. P. PETIT. **De l'emploi de l'eau oxygénée pour l'hémostase intra-utérine.** — De la triple propriété que possède l'eau oxygénée d'activer la précipitation de la fibrine, d'exciter la fibre lisse et de ne léser que peu ou pas les tissus, M. Petit croit légitime de conclure que ce doit être un excellent hémostatique pour l'usage externe. En présence d'une hémorrhagie intra-utérine, due à une métrite fongueuse ou à un fibrome interstitiel, si l'on introduit d'un coup, jusqu'au fond de l'organe, une tige porte-topique,

garni d'ouate et trempée sans être essorée dans de l'eau oxygénée à 12 V, on observe la production d'une mousse très abondante qui fuse à travers l'orifice externe, la contraction de l'organe sur la tige, l'arrêt immédiat de l'hémorrhagie ; pas de douleur, pas de modification des tissus, persistance de l'hémostase pendant un temps assez long, suffisant pour permettre à une malade anémiée de reprendre des forces et de supporter à un moment donné une intervention, radicale s'il y a lieu.

BIBLIOGRAPHIE

De la fréquence de l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus et de ses accidents, par E. MAGGIAR, Paris, 1895 ; Steinheil, éditeur.

Cette thèse, faite avec des documents empruntés à la Maternité Baudelocque (professeur Pinard), correspond à un ensemble de faits observés pendant une période de plus de 5 années, de juillet 1889 à octobre 1894. L'auteur au cours de son consciencienx travail, met particulièrement en relief les données intéressantes établies par le professeur. a) *rareté exceptionnelle* (sinon inexistence absolue) *de l'insertion centrale ; b) notion plus juste sur le lieu de l'insertion placentaire*, que la plupart des auteurs plaçaient, pour le plus grand nombre des cas, au fond de l'utérus ; c) *fréquence de l'insertion sur le segment inférieur de l'utérus; d) relation très étroite entre la rupture prématurée et précoce des membranes, l'accouchement prématuré, l'avortement et l'insertion basse du délivre ; e) moyen d'apprécier approximativement* (Pinard), *par la mensuration des membranes, la hauteur de l'insertion du délivre*, etc. *Conclusions* : 1° Le placenta s'insère beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croit sur le segment inférieur de l'utérus : sur 6,840 accouchements où les membranes ont pu être mesurées, nous l'avons rencontré 3,938 fois sur le segment inférieur, soit 57,52 p. 100 ; c'est à-dire, *dans un peu plus de la moitié des cas :* en tout, 3,938 cas dont 1,836 primipares, 2,102 multipares.

2° L'insertion vicieuse du placenta donne lieu à un certain nombre d'accidents qui sont, par ordre de fréquence : a) accou-

chement prématuré 17,72 p. 100 ; b. rupture précoce des membranes 16,67 p. 100 ; c rupture prématurée des membranes 13,90 p. 100 ; d défaut d'engagement de la tête fœtale, 11,84 p. 100 ; e hémorrhagie qui peut reparaître dès le début de la grossesse, 3 p. 100 ; f) présentations vicieuses, 3 p. 100 ; g procidence des membres supérieurs, 0,96 p. 100 ; h compression, procubitus, procidence du cordon, 0,78 p. 100 ; i avortement, 0,50 p. 100 ; j procidence du cordon avec les membres supérieurs, 0,10 p. 100.

3° On voit que si l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus est très fréquente, les accidents sont relativement rares. L'accouchement prématuré, la rupture précoce et prématurée des membranes s'observent le plus communément ; l'hémorrhagie, considérée par les auteurs classiques comme un accident presque inévitable, ne survient au contraire que dans un nombre restreint de cas. Cette différence s'explique : Avant les recherches de M. le professeur Pinard, on ne possédait pas de moyen de faire le diagnostic rétrospectif de l'insertion vicieuse, il en résultait que nombre de placentas insérés sur le segment inférieur et n'ayant entraîné aucun accident passaient inaperçus, et l'on ne reconnaissait l'insertion anormale qu'à l'apparition d'une hémorrhagie.

4° Les mortalités maternelle et fœtale sont inférieures à celles indiquées par les auteurs. Clinique Baudelocque : mortalité maternelle 0,10 p. 100 ; mortalité fœtale, 2,51 p. 100. A cela deux raisons : 1° possibilité de depister les insertions vicieuses qui n'ont pas occasionné d'accidents ; 2° traitement employé.

R. Labusquière.

La vaginite aiguë (Ueber Scheidenmycosen, colpitis mycotica acuta), par Otto von Herff. *Sammlung klinische Vortrage*, octobre 1895, n° 137.

La vaginite mycotique est une affection assez rare qui s'observe principalement chez les femmes âgées, de 30 à 50 ans, souvent pendant la grossesse 15 fois sur 26 cas, toujours chez des femmes à vulve béante et surtout pendant les mois chauds de l'année. Dans 16 cas sur les 26 il s'agissait de l'oïdium albicans.

Le plus souvent les malades se plaignent d'une sensation de brûlure de chaleur, quelquefois d'une sensation de plénitude. Lorsque le parasite envahit la vulve, il y a des démangeaisons très vives.

La muqueuse est rouge, boursouflée, veloutée ; ce qui est caractéristique c'est l'apparition de petits points blanchâtres, de la dimension d'un point à une lentille, quelquefois si nombreux que le vagin semble saupoudré de farine. Exceptionnellement, il y a de véritables fausses membranes. L'examen microscopique montre qu'il s'agit là de colonies de champignons.

Le traitement consiste en lavages antiseptiques (sulfate de cuivre à 1 ou 2 p. 100, lysol 1 p. 100 et surtout sublimé 1 p. 5000). Pour calmer les douleurs qui suivent les injections, on peut avoir recours aux compresses d'eau blanche, aux bains de siège tièdes. Un lavage quotidien, fait par le médecin, suffit pour amener la guérison en quelques jours.

Effets dynamogéniques cardio-vasculaires du massage abdominal. Recherches cliniques et expérimentales, par T. ROMANO, Paris, 1895.

Écrit sous l'inspiration du Dr Stapfer, ce travail a pour but de rechercher physiologiquement l'explication des bons résultats obtenus cliniquement, dans certains cas, par le massage. Un des premiers effets du massage est, en dehors de toute action locale, son action sur l'état général. Celui-ci est amélioré, la faculté locomotrice est accrue, la résistance aux fatigues de la marche doublée : de ses expériences sur les animaux, M. Romano conclut que le massage du ventre exerce une influence élective sur l'appareil cardio-vasculaire. Il a une action dynamogénique consistant en partie dans la stimulation des fonctions cardiaques. A ce point de vue les massages courts, légers (frictions circulaires, compressions élastiques brèves), agissant sur le paquet intestinal grêle, sont plus efficaces que les massages longs et prolongés.

Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin, par J. PÉAN, Paris, 1895.

Le tome III de ce traité, qui vient de paraître traite des tumeurs de l'utérus et des ovaires. Les métrites, les fibromes, le cancer de l'utérus, les salpingites, les ovarites, les dégénérescences néoplasiques des trompes et des ovaires occupent la plus grande partie du volume qui se termine par un exposé des pelvi-cellulites et des hématocèles. Le côté pathologique des questions est des plus incomplets, mais on trouvera au point de vue opératoire des données intéressantes sur la pratique de Péan dans la thérapeutique de ces diverses affections

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Arnoldi. *Frauengesundheit, Frauenleiden. Arztlicher Berather f. gebildete Frauen u. Mütter*. Dusseldorf, 1895. — **Baldwin**. Local gynecology. *Medical Standard*, Chicago, septembre 1895, XVII, 268. — **Bousquet**. Compte-rendu des opérations pratiquées à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand (abdomen). *Le Centre médical*, décembre 1895, p. 129. — **Cerf (Léon)**. *Les vaisseaux sanguins du périnée et des viscères pelviens*. Th. de Paris, 1895-1896, nº 21. — **Defoug**. *De la méthode de Kraske pour le traitement du cancer du rectum ; étude critique*. Thèse de Lyon, 1894-1895. — **Devos**. De l'innervation de l'utérus. *Bul. de la Soc. Belge de gyn. et d'obst.*, 1895, p. 197. — **Dickinson**. Bicycling for Women from the Standpoint of the Gynecologist. *Am. J. of Obst.*, janvier 1895, p. 24. — **Doléris**. Affections génitales de la femme et maladie de Basedow. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1895, nº 7, p. 241. — **Doléris**. Délire post-opératoire en gynécologie. *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 1895, nº 10, p. 367. — **Esteves**. Caso notable de desarollo precoz. *Revista de la Socied. med. Argentina*, nº 23, 1895, p. 315. — **Jacobs**. Traitement des manifestations nerveuses chez la femme. *Rev. méd. de l'Est*, décembre 1895, p. 728. — **Johnstone**. The Relation of Menstruation to the other Reproductive Functions. *The Am. J. of Obst.*, juillet 1895, p. 33. — **Kossmann**. Die gynäkologische Anatomie und ihre zu Basel festgestellte Nomenclatur. *Monatsschrift f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. II, Hft. 6, p. 447. — **Lamoureux**. *De l'éventration au point de vue médico-légal*. Thèse de Lyon, 1894-1895. — **Manton**. Note on menauposal polysarcia abdominalis. *The medical Age*, Detroit, 25 juillet 1895, p. 420. — **Meerdervoort**. Cinq cas de conformation vicieuse des organes génitaux féminins. *Arch. de Tocol. et Gyn.*, 1895, p. 222. — **Musin**. *De la folie consécutive aux traumatismes opératoires sur le système génital de la femme*. Thèse de Lille, 1894-1895. — **Nagel**. Ueber die Gartner'schen Gange beim Menschen. *Centr. f. Gyn.*, 1895, nº 2, p. 46. — **Nichergall**. Bericht über die vom Mai 1887 bis Marz 1894 in der Basler Frauenklinik ausgeführten Prolapsoperationn speciall über die Kolporrhaphia ant. duplex. *Arch. f. Gyn.*, 1895, Bd. L, Hft. II, p. 361. — **Penrose** (B.). Bacteriology in Pelvic Surgery. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, août 1895, p. 94. — **Redin Kirk**. Constitutional Treatment of Diseases of the Femal Sexual organs. *Buffalo med. and Surg. J.*, janvier 1895, p. 341. — **Smith** (G.). Is the Apposition of Peritoneum to peritoneum a surgical error? *Brit. med. J.*, janvier 1895, p. 1. — **Stroganoff**. Bacteriologische Untersuchungen der Genitalkanals beim Weibe in verschiedenen Perioden ihres Lebens. *Monatsschrift f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. II, Hft. 6, p. 494. — **Stroganoff** (W.). Zur Bakteriologie des Weiblichen genital Kanals. *Centr. f. Gyn.*, 1895, nº 38, p. 1007. **Tod Gilliam**. The Vaginal Route for Operations on the Pelvic Viscera. *The Am. Gyn, a Obst. J.*, août 1895, p. 105. — **Vasseur**. *Des kystes du canal de Nuck*. Thèse de Lille,

1894-1895. — **Watki**. Utero-ovarian Relations of Epilepsy. *Med. Stand.*, n° 1, 1895, p. 12. — **Will**. Some general consideration on diagnosis in gynæcolagy. *Annals of gynæcology and pædiatry*, Boston, septembre 1895, p. 811. — **Windscheid**. Ueber hysterische Schmerzen und deren Behandlung. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. II, Hft. 6, p. 478.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Apostoli**. Electrotherapy as a Means of Diagnosis in Gynæcology. *Annals of Gyn. a. Pæd.*, novembre 1895, p. 96. — **Beafort Brown**. The therapeutic action of chloroform. *Annals of gynæcology and pædiatry*, Boston, juin 1895, p. 608. — **Elisabeth M. Clark**. The Value of Ichthyol in Gynæcology. *The Am. Gynæc. a. Obst. J.*, octobre 1895, p. 355. — **Fancourt Barnes**. On Some Difficulties in the Use of the Curette. *Annals of Gynæc. a. Pæd.*, novembre 1895, p. 83. — **Fraipont**. Du phénosalyl comme agent antiseptique en obstétrique et en gynécologie. décembre 1895, p. 725. — **Hamonic**. De l'hélénine en gynécologie. *Rev. méd. de l'Est*, décembre 1895, p. 731. — **Ismaïl Vehbi Dervich**. *De la columnisation du vagin et du massage en gynécologie*. Thèse de Lyon, 1894-95. — **Magniaux**. Du curettage de l'utérus. *Tribune médicale*, décembre 1895, p. 976. — **Mouchet**. Intoxication iodoformique grave avec symptômes insolites après une hystérectomie abdominale totale. *Gaz. des hôpit.*, 1895, p. 1429. — **Parisot (P.)**. Revue de thérapeutique obstétricale et gynécologique. *Rev. méd. de l'Est*, décembre 1895, p. 725. — **Pichevin**. Électricité et lésions péri-utérines. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1895, n° 7, p. 263. — **Rumpf**. Pelvic massage in Gynecology. *Am. J. of Obst.*, janvier 1894, p. 37. — **Sanders**. The After treatment of Four Cases of Salpingo-oophorectomy by Electricity. *Americ. J. of Obstetrics*, 1895, p. 587. — **Vollmer (Hans)**. Ueber Formalin-Katgut. *Centr. f. Gyn.*, 1895, p. 1219.

VULVE ET VAGIN. — **Commandeur**. *Topographie des culs-de-sac vaginaux; étude d'anatomie chirurgicale et manuel opératoire*. Thèse de Lyon, 1894-1895. — **Cumston**. The Treatment of Vulvitis. *Annals of Gynæc. a. Pæd.*, novembre 1895, p. 101. — **Douche**. *Contrib. à l'étude des kystes du vagin*. Thèse de Lille, 1894-1895. — **Franchomme**. Kyste du vagin. *Archiv. de tocologie et de gynécologie*, 1895, p. 740. — **Klein**. Recherches récentes sur la pathologie et la thérapeutique de la gonorrhée chez la femme. *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*, n° 10, p. 371. — **Madden**. Pruritus Vulvæ. *Med. Standard*, n° 1, 1895, p. 5. — **Martin**. De la colpotomie antérieure. *Gazette de Gynéc.*, novembre 1895, p. 321. — **Targett**. Epidermic casts from the vagina. *Transactions of the obstetrical Society of London*, juin et juillet 1895, p. 218. — **Turgard**. Imperforation du vagin, hématocolpos. Hématométrie. *Annales de la policlinique de Lille*, 1895, p. 185. — **Webster**. Some observations regarding the diagnosis and treatment of Atresia Vaginæ. *American J. of Obstetrics*, 1895, p. 544.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Berruyer**. *De l'hystéropexie abdominale antérieure dans le traitement des rétrodéviations utérines; Contrib. à l'étude des résultats éloignés*. Thèse de Paris, 1894-1895. — **Boise**. Rétroversions of the uterus. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, novembre 1895, p. 681. — **Flaischlen**. Die gegenwärtige Stellung der Berliner Gynä-

kologen zur Antefixatio Uteri. *Arch. f. Gyn.*, 1895. Bd. II, Hft. 6, p. 529. — **Fredericq**. Hystérectomie forcée au cours d'une vagino-fixation. *Bulletin de la Société de gynécologie et d'obstétrique*, 1895, p. 177. — **Gallois**. *De la périnéorrhaphie immédiate par la méthode des sutures interstitielles* (procédé de Fochier). Thèse de Lyon, 1894-1895. — **Hermann**. A case of chronic inversion of the uterus cured by Aveling's repositor. *Lancet*, 1895, II, 407. — **Herman**. Intraperitoneal Treatment of Uterine Displacements. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, août 1895, p. 110. — **Hirt**. *E. Beitrag z. Beurtheilung des Alexanderschen Operation an der Breslauer Frauenklinick*, Breslau, 1895. — **Ill**. A clinical contribution to the study of the lateral displacements of the uterus. *The Provincial medical Journal*, Leicester, 1er novembre 1895, p. 587. — **Yarman (George W.)**. Retroposition of the uterus. *Amer. J. of Med. Sc.*, Phil., 1895, II, 537. — **Joyeux**. *Du traitement des prolapsus génitaux par l'hystéropexie abdominale antérieure*. Thèse de Lyon, 1894-1895. — **Kelly**. Abstract of a paper on Suspension uteri. *Annals of gynæcology and pædiatry*, Boston, août 1895, p. 732. — **Lamand**. *Contrib. à l'étude du traitement chirurg. des prolapsus génitaux*. Thèse de Lille, 1894-1895. — **Lea**. Lacerations of the perineum and vagina in primiparæ. *Medical chronicle*, Manchester, octobre 1895, p. 24. — **Léon**. *Des résultats éloignés de l'hystéropexie abdominale antérieure au point de vue de la grossesse*. Thèse de Lyon, 1894-1895. — **Libawski**. *Die vaginale Fixatio uteri m. breiter Eröffnung des Peritoneums*, Breslau, 1895. — **Parisot**. Traitement du prolapsus utérin. *Arch. de Tocol. et de Gyn.*, août 1895, p. 612. — **Pryor**. A new method of treating adherent retroposed uteri. *Medic. Rec.*, New-York, 20 juillet 1895, II, 76. — **Stanger**. A case of complete inversion of the uterus, recovery, *Lancet*, 1895, II, 207. — **Theilhaber**. Die Therapie der Retroflexio uteri. *Monatsschr. f. Geb u. Gyn.*, octobre 1895, II, 266. — **Walton**. A propos de l'hystéropexie abdominale intempestive. *Bull. de la Soc. Belge de gynécol. et d'obst.*, 1895, p. 185.

MÉTRITE, ULCÉRATIONS, ETC. — **Bertelsmaum**. Ueber das mikroscopische Verhalten des Myometriums bei pathologischen Vergrosserungen des Uterus mit besonderer Berüchsichtigung des Muskelzellen. *Arch. f. Gyn.* Bd. L. Hft. I, p. 178. — **Cumston**. Neuralgia and uterine affections. *Annals of gynæcology and pædiatry*, Boston, septembre 1895, p. 797. — **Cheinisse**. Bactériologie des organes génitaux de la femme et pathogénie des métrites. *Arch. de Tocol. et de Gyn.*, août 1895, p. 621. — **Doléris**. Dangers et difficultés d'application du traitement conservateur par la thérapeutique intra-utérine dans les lésions annexielles. *Arch. de Tocologie et de Gynécologie*, 1895, p. 737. — **Douriez (H.)**. *Remarques sur le traitement actuel des métrites*. Th. de Paris, 1895-1896, n° 14. — **Gill Wylie**. Prevention of uterine Disease. *Medical Record*, 1895, p. 397. — **Jeannel**. Du déciduome malin. *Arch. de Tocol. et de Gyn.*, août 1895, p. 583. — **Johnstone**. The relation of menstruation to the other reproductive functions. *The Cincinnati Lancet Clin.*, 13 juillet 1895, p. 35. — **Labanhie**. *Des ulcères du col de l'utérus*. Thèse de Lille, 1894-1895. — **Madlener**. Ueber Metritis gonorrhoica. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 50, p. 1313. — **Mauaange**. Endométrite fétide des femmes âgées. *Arch. de Tocol. et de Gyn.*, juillet 1895, p. 472. — **Newman Dorland**. Congenital Absence of the Uterus. *The Philadelphia Polyclinic*, novembre 1895, p. 485. — **Putnam Jacobi**. Case of absent Uterus. *The American*

Journal of Obstetrics, 1898, p. 465. — **Raymond Petit**. Streptocoque et menstruation. *Arch. de Tocol. et d'Obst.*, juillet 1895, p. 534. — **Sellmann**. Treatment of hyperplastic conditions of the uterus. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, novembre 1895, p. 744. — **Sexton**. Post-climateric endometritis. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, novembre 1895, p. 704. — **Sprigg**. A case of Double Uterus and Double Vagina. *The Amer. J. of Obst.*, juillet 1895, p. 78.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Bahri**. *Contribution à l'étude des dégénérescences malignes des fibromyomes utérins.* Thèse de Lyon, 1894-95. — **Bernardy (E.-P.)**. Hysterectomy for Cancer in a pregnant uterus. *Amer. Gyn. and Obst. J.* N.-Y., 1895, II, 505. — **Blacker**. Uterus with fibroïd tumeurs and carcinoma of the cervix removed post-mortem. *Transactions of the Obstetrical Society of London*, juin et juillet 1895, p. 213. — **Boldt**. Vaginal Extirpation of the Uterus and Adnexa in Pelvic Suppuration and Septic Puerperal Metritis and Peritonitiss. *Am. J. of Obst.*, janvier 1895, p. 1. — **Boudin**. Epithélioma du col utérin chez une femme de 23 ans. *Lyon médical*, décembre 1895, p. 490. — **Bovée**. A case of Extirpation of the Uterus and its Appendages per Vaginam by the so-called Pratt Method. *American J. of Obstetrics*, 1895, p. 603. — **Bowreman Jessett**. Suggestions for Performing Abdominal Hysterectomy. *The Provincial med. J.*, décembre 1895, p. 624. — **Byrne John**. Vaginal hysterectomy by galvano cautery. *American J. of Obstetrics*, 1895, p. 556. — **Carle**. Résultats de 160 hystéro-myomectomies. *Riforma medica*, 1895, p. 585. — **Carstens**. Three Cases of Hysterectomy following Cœliotomy for Pus tubes. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, octobre 1895, p. 371. — **Chuffart**. *De l'hémostase dans l'hystérectomie vaginale.* Thèse de Lille, 1894-1895. — **Clarke**. Indications for total hysterectomy. *Annals of gynæcology and pædiatry*. Boston, septembre 1895, p. 803. — **Courtin**. Etude critique sur les moyens chirurgicaux appliqués au traitement du cancer de l'utérus. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, n° 48, 1895, p. 566. — **Coplin Stinson**. The treatment of fibromyomatous Uteri requiring hysterectomy, by a combined method of enucleation with individual ligation of bleeding vessels only. *Med. Rec.*, n° 1, 1895, II, 77. — **Cumston**. The treatment of inoperable cancer. *Annals of gynæcology and pædiatry*. Boston, août 1895, p. 734. — **Cushing (E.)**. The evolution in America of abdominal hysterectomy. *Annals of gynæcology and pædiatry*. Boston, juin 1895, p. 573. — **Devos**. Myôme, myxome et épithéliome sur le même utérus. *Bull. de la Soc. belge de gynéc. et d'obstét.*, 1895, p. 195. — **Deydier**. Fibrome de l'utérus et kyste de l'ovaire. *Lyon médical*, t. VIII, p. 155. — **Duncan (W.)**. Sloughing fibroïd removed by hysterectomy. *Transactions of the Obstetrical Society of London*, juin et juillet 1895, p. 197. — **Fargas**. De la Intervencion Quirurgica en los miomas uterinos. *Archivos de Gynec., Obstet. y Pediatria*, juillet 1895, p. 413; 441. — **Fraisse**. Sur un procédé récent d'hystérectomie vaginale. *Revue clin. d'Androl. et de Gynéc.*, décembre 1895, p. 262. — **Gebbard**. Ueber das maligne Adenom des Cervixdrüsen. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. XXXIII, Hft. 3, p. 443. — **Gilliam**. Uterene fibroïds : when to operate. *The Cincinnati Lancet Clinic*, 21 septembre 1895, p. 313. — **Gunning**. Inter-polar application of Electricity of Low Amperage in the treatment of uterine fibroids. *Am. J. of Obst.*, janvier 1895, p. 48. —

Henrotin (Fernand). Choice of method in performing hysterectomy. *Amer. J. of med. sc.*, Philad., 1895, t. II, p. 425. — **Homans (John).** Operative treatment of cancer in the female generative organs, including the uterus and vulva. *Annals of Surgery*. Phil., oct. 1895, p. 462. — **Hubert.** Hystérectomie totale par l'abdomen. *Archives de Tocologie et de Gynécologie,* 1895, p. 756. — **Jacobs.** Traitement des épithéliomes uterin et vaginal. *Bull. de la Société belge de Gyn. et d'Obstétrique,* 1895, p. 201. — **Jonon (A.) et Vignard (E.).** Sarcome diffus de la muqueuse utérine. Oblitération de l'orifice externe du col. Transformation de la cavité utérine en un kyste sanguin. Hystérectomie abdominale totale. Guérison datant de 3 ans. *Arch. provinciales de chirurgie,* 1895, p. 742. — **Lauwers.** De l'hystérectomie abdominale à pédicule perdu. *Bulletin de la Sociéte belge de Gynécologie et d'Obstétrique,* 1895, p. 179. — **Lewers (Arthur).** An inquiry into the relative advantages of vaginal hysterectomy and the supra-vaginal amputation of the cervix in cancer of the cervix uteri. *Lancet,* 1895, II, 23. — **Lewers.** Specimens of cervi uteri removed by supra-vaginal amputation for cancer. *Transactions of the Obstetrical Society of London,* juin et juillet 1895, p. 201. — **Métras.** *De l'hémostase dans l'hystérectomie vaginale.* Thèse de Lyon, 1894-95. — **Murdoch Cameron.** A case of myomata of the uterus with pregnancy of five month's duration ; total extirpation of uterus and tumours, recovery. *British medical Journal Londres,* 7 décembre 1895, t. II, p. 1414. — **Niebergall.** Sarkom, Carcinom, Myom und Schleimpolypen an ein und demselhen Uterus. *Arch. f. Gyn.*, Bd. L, Hft. 1, p. 129. — **Playfair.** Cancerous and gravid uterus removed per vaginam. *Transactions of the Obstetrial Society of London,* juin et juillet 1895, p. 198. — **Playfair.** Sarcoma of the body of the uterus removed by vaginal extirpation. *Transactions of the Obstetrical Society of London,* juin et juillet 1895, p. 200. — **Plouvier.** *De l'hystérectomie abdominale totale pour fibromes utérins.* Thèse de Lille, 1894-95. — **Popelin.** Hystérectomie vaginale. Guérison. *Bulletin de la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique,* 1895, p. 11. — **Purcell.** On vaginal hysterectomy. *Lancet,* 1895, II, 202. — **Peyrolle.** *Traitement des fibromes de l'utérus par leur exposition au dehors et leur ablation consécutive (exhystéropexie).* Thèse de Lyon, 1894-95. — **Ravel.** *Sur les cancers primitifs multiples et sur un cas de leucocythémie et cancer de l'utérus.* Thèse de Lyon, 1894-95. — **Reverdin (A.).** Hystérectomie abdominale totale par la voie abdominale. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1895, nº 6, p. 237. — **Runge.** Stumpfbehandlung nach supra-vaginaler Amputation des Uterus. *Cent. f. Gyn.*, 1895, nº 49, p. 1289. — **Rosner (A.).** Nouvelle méthode d'extirpation vaginale de l'utérus au moyen du thermocautère de Poquelin. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1895, nº 7, p. 255. — **Rufus B. Hall.** Fibroid Uterus. *The Cincin. Lancet. Clinic,* décembre 1894, p. 661. — **Sinclair.** Case of operation for removal of subserous fibromyoma of the uterus during Pregnancy. *Medic. chronicle,* Manchester, octobre 1895, p. 40. — **Stocker.** Zur extraperitonèalen Stielversorgung bei Myomotomien, insbesondere ein Versuch von vaginaler extraperitonealer Behandlung. *Cent. f. Gyn.*, 1895, nº 49, p. 1290. — **Thiébault.** Fibrome utérin dégénéré. *Bull. de la Soc. belge de Gynec. et d'Obst.*, 1895 p. 200. — **Tuttle (A. H.).** A brief resume of the indications for hysterectomy. *The Bost. med. a. Surg. J.*, décembre 1895, 559. — **Tuttle.** Total hysterectomy by a new vagino-abdominal method. *Annals of gynæcology and pædiatry,* Boston, septembre 1895, p. 779. — **Villa.** Cancer et fibrome de l'uté-

rus, *Annali di ost. e ginec.*, 1895, p. 297. — **Wathen.** Vaginal hysterectomy for uterine myomata and diseases of the adnexa. *Annals of gynæcology and pædiatry*, Boston, août 1895, p. 740. — **Werder.** Some of the indications and advantages of vaginal hystero-salpingo-oophorectomy. *The provincial medical Journal*, décembre 1895, p. 587. — Discussion on cancer of the uterus. *Brit. Gyn. J.*, mai 1895, p. 25, 33.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES. AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES; DÉPLACEMENT DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Bastardo.** Las supuraciones pelvianas. *Gaceta medica de Caracas*, 15 août 1895, p. 66. — **Clarke.** The relation of pelvic suppuration to structural changes that may occur in the Fallopian tubes. *The American Journal of Obst.*, New-York, novembre 1895, p. 727. — **Cohn (Félix O.).** Pyosalpinx gonorrhoica mit Perforation in den Darm und Infiltration der Bauchdecken. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, octobre 1895, II, 263. — **Duquaire.** *De l'hystéropexie abdominale antérieure comme trait. de certaines salpingites.* Thèse de Lyon, 1894-95. — **Edge (Frederick).** A case of post partum tubo-ovarian abscess in a peculiar position. *Lancet*, 1895, II, 205. — **Freeborn.** Suppurative Lesions of the Fallopian tube and ovary. *The Am. J. of Obst.*, juillet 1895, p. 48. — **Goelet.** The etiology and treatment of inflammation of the uterine appendages. *Annals of gynæcology and pædiatry*, Boston, août 1895, p. 711. — **Hall.** The Prevention of pelvic inflammation in women. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, novembre 1895, p. 767. — **Jacobs.** De la paramétrite. *Arch. de tocol. et de gyn.*, août 1895, p. 586. — **Lapeyre.** De l'hématocèle chez la femme. *Arch. de tocologie et de gynécologie*, 1895, p. 778. — **Marx.** Salpingo-ovarite à la suite de vulvo-vaginites chez les enfants, traitement prophylactique. *Arch. de tocologie et de gynécologie*, 1895, p. 763. — **Oui.** *Du traitement des hématocèles rétro-utérines par la voie vaginale.* Thèse de Lyon, 1894-95. — **Pryor.** The palliative treatment of gonorrhœic tubal disease. *Medical Record*, New-York, 14 décembre 1895, t. II, p. 838. — **Rodriguez.** De l'incision du cul-de sac postérieur et du drainage para-utérin dans les suppurations et hématomes pelviens. *Arch. de tocol. et de gyn.*, juillet 1895, p. 482. — **Shoher (John).** Double tubercular tubo-ovarian Abscess. Celiotomy. *The Am. J. of Obst.*, juillet 1895, p. 75. — **Solomon G Kalm.** Inflammation of the Uterine Appendages. *Med. Record*, octobre 1895, p. 482. — **Sänger.** Ueber Zerreissung des Mastdarmes bei abdominaler Pyosalpinx, operation und deren Behandlung. *Centr. f. Gyn*, 1895, p. 1233. — **Tappey.** Intra-peritoneal adhesion. *The Provincial medical Journal.* Leicester, 1er novembre 1895, p. 586. — **Targett.** Acute suppuration and slaughing of ovaries after parturition. *Transactions of the Obstetrical Society of London*, juin et juillet 1895, p. 216. — **Vaucher (de).** *Contribution à l'étude de la hernie inguinale de l'ovaire et de la trompe de Fallope.* Thèse de Lyon, 1894-95. — **Ward.** An address on ovarian herniæ and the protrusion of the appendages through rupture of the vaginal wall. *British medical Journal*, Londres, 27 juillet 1895, t. II, p. 185. — **Warker.** A few cases of true pelvic cellulitis. *Annals of gynæcology and pædiatry*, Boston, août 1895, p. 747. — **Watkins.** Vaginal section for pelvic abscess. *Medic. Standard*, Chicago, septembre 1895, t. XVII,

p. 247. — **Weber (S.-L.)**. Hernia broad ligament. *Medic. Standard*, Chicago, septembre 1895, XVII, 273. — **William (Jogn O.)**. Heart function and pelvic lesion in the female. *Lancet*. London, 1895, II, 1103.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Allemand**. Kyste dermoïde de l'ovaire, grossesse, laparotomie, persistance de la grossesse. *Loire médicale*, 1895, p. 284. — **Chatelus**. *De l'ablation directe des annexes par la voie vaginale*. Thèse de Lyon, 1894-1895. — **Chavannaz**. Obstruction intestinale par carcinome de l'ovaire. *Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, décembre, 1895, p. 572. — **Cordier**. Sarcoma of ovaries. *Am. J. of Obst.*, 1895, p. 55. — **Couturier**. *Des kystes de l'ovaire à grand développement adhérents au péritoine pariétal*. Thèse de Lyon, 1894-1895. — **Cullingworth**. Pedunculated fibro-myoma of the broad ligament with twisted pedicule. *Transactions of the obstetrical Society of London*, juin et juillet 1895, p. 224. — **De la Combe**. Kyste dermoïde de l'ovaire gauche. *Limousin médical*, 1895, p. 130. — **Dudley Tait**. Pseudo-malignant cyst of the ovary. *Pacific médical Journal*, octobre 1895, p. 616. — **Dunning (L.-H.)**. Ruptured interstitial pregnancy. *Am. Gyn. and Obst. J.*, nº 9, 1895, II, 497. — **Fabregas Mas**. De la Torsion del Pediculo en las tumores de l'ovario. *Arch. Ginecop., obstet. y Pediatria*, novembre 1895, p. 671. — **Faguet**. Tumeur mixte de l'ovaire droit. Kyste dermoïde de l'endothélium. *Arch. de Tocol. et de Gyn.*, août 1895, p. 629. — **Julhiet**. *Quelques considérations sur les kystes dermoïdes de l'ovaire*. Thèse de Lyon, 1894-1895. — **Krukenberg**. Ueber das Fibrosarcoma ovarii mucocellulare. *Arch. f. Gyn.*, 1895. Bd. L. Hft. II, p. 287. — **Lewers**. Tubal mole removed by abdominal section. *Trans. of the obstetr. Soc.* London, 1895, p. 78. — **Masset**. *Fibromes du mésentère*. Thèse de Lille, 1894-1895. — **Noble and Tunis**. A case of dermoid tumor of both ovaries complicated by a deposit of bone upon each side of the true pelvis having no connection with the tumors. *The American Journal of the medical Sciences*, Philadelphia, décembre 1895, p. 677. — **Pick**. *Zur Frage der Ovariotomie bei Schwangeren*. Königsberg, 1895. — **Recasens Girol**. Quiste supurado del ovario en una nina de 13 anos. — *Archivos de ginecopatia, obstetricia y pediatria*. Barcelone, 10 novembre 1895, p. 644. — **Remfry (Léonard)**. List of ovariotomies in women over eighty. *Trans. of the obstetr. Soc.* London, 1895, p. 155. — **Rendu**. Sur une contre-indication de la ponction des kystes uniloculaires ovariens ou para-ovariens. *Lyon médical*, 1895, t. II, p. 353. — **Rosenwasser (M.)**. Exceptionnel location of the blood clot in a case of ruptured ectopie pregnancy. *Amer. Gyn. and. Obst. J.*, p. 9, 1895, II, 502. — **Staude**. Zur Complication V. Schwangerschaft und Geburt durch Ovarialtumoren. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn*, octobre 1895, II, 257. — **Stobbaerts**. Fibrome du canal de l'urèthre. *Bulletin de la Société Belge de gynécologie et d'obstétrique*, 1895, p. 109. — **Sutton**. On the rate of growth of ovarian tumors. *Annals of gynecology ana pædiatry*. Boston, septembre 1895, p. 822. — **Travers (W.)**. Ovarian tumour (axial rotation). *Lancet*, London, 1895, II, 1218. — **Villar**. Double kyste de l'ovaire chez une jeune fille de 16 ans. *Gaz. hebdom. des sc. m. de Bordeavx*, 1895, p. 594.

ORGANES URINAIRES. — **Boursier (André)**. De l'uréthrocèle vagi-

nale et de ses variétés. *Archives cliniques de Bordeaux*, novembre 1895, p. 481. — **Fischer**. Zu den Strikturen der weiblichen Harnröhre. *Centr. f. Gyn.*, 1895, p. 1039. — **Howard A Kelly**. Diagnosis of Renal Calculus in Women. *Med. News*, novembre 1895, p. 393. — **Kleinwächter**. Stricturen der weiblichen Urethra. *Wiener mediz. Presse*, 1895, p. 1737. — **Shoemaker (G.-S.)**. Au improvement in the technique of catheterization of the ureter in the female. *Annals of Surgery*, Phil., 1895, II, 650. — **Scudder**. Nephrectomy for cystic adenoma in a pregnant woman. Recovery. *The American Journal of the Medical Sciences*, Philadelphia, décembre 1895, p. 646. — **Southam**. On the treatment of enkysted vesical calculi. *British med. J.*, décembre 1895, p. 1490.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Baldy**. Abdominal Section for Puerperal Septicemia. *The Am. J. of Obst.*, juillet 1895, p. 1. — **Blanc (T.)**. Sur la nécessité de l'éviscération complète dans le traitement de l'occlusion intestinale post-opératoire. *La Loire médicale*, 1895, p. 303. — **Chase**. Some reflections on conditions and methods favoring success in abdominal surgery. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, novembre 1895, p. 747. — **Collins Warren**. Clinical Experience in Abdominal Surgery at the Massasuchetts General Hospital. *The Boston med. a. Surg. J.*, décembre 1895, p. 557. — **Cordier**. Péritonéal Irrigation and drainage. *American J. of Obstetrics*, 1895, p. 571. — **Duncan (W.)**. Unruptured tubal gestation removed by abdominal section. *Transactions of the Obstetrical Society of London*, juin et juillet 1895, p. 197. — **Hall**. Report on additional operations for extra-uterine pregnancy. *Annals of gynæcology and pædiatry*, Boston, septembre 1895, p. 790. — **Johnson**. Four Momths Hospital Work in abdominal surgery. *The Boston med. a. Surg. J.*, novembre 1895, p. 539. — **Lascout**. *De l'action curative et palliative de la laparotomie exploratrice*. Thèse de Lyon, 1894-1895. — **Montagu Handfield**. A case of extra-uterine fœtation ; operation near full term ; Child living ; Death of mother three weeks after delivery. *The Lancet*, octobre 1895, p. 972. — **Parker**. Clinical experience in abdominal surgery at the Massachussetts General Hospital. *The Boston medical and surgical Journal*, 14 novembre 1895, t. II, p. 488. — **Porter**. Cœliotomy in general suppurative peritonitis with report of a case. *The Am. Gyn. a. Obst.*, octobre 1895, p. 368. — **Roncaglia**. Grossesse extra-utérine opérée. *Annali di oste. e gynec.*, 1895, p. 273. — **Rufus Hall**. Some of the conditions requiring special care after abdominal section. *Medical Record*, New-York, 28 septembre 1895, t. II, p. 440. — **Sérullaz**. *Contribution à la cure radicale de l'éventration post-opératoire avec adhérence intestinale*. Thèse de Lyon, 1894-95. — **Tuja**. *Des occlusions intestinales après la laparotomie*. Thèse de Lyon, 1894-95.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Seminous**. Analgesia in Labor. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, août 1895, p. 126. — **Fothergill**. A Clinical note on the advantage of Walchers position in delivery. *Edinburgh med. Journ.*, juillet 1895, p. 42. — **Fothergill**. A clinical note on the height of

the fundus uteri during the first stage of labour. *Edinburgh medical journal*, juin 1895, p. 1100.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Ahlfeld.** Ueber die ersten Vorgange bei der physiologischen Lösung der Placenta. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. XXXIII, Hft. 3, p. 419. — **Eden.** On the development and normal structure of the human placenta. *Transactions of the obstetrical of London*, juin et juillet 1895, p. 205. — **Hefte.** *Referate u. Beiträge zur Anatomie u. Entwickelungsgeschischte.* Wiesbaden, 1895. — **Irtl.** Systematische Fettbestimmung der Frauenmilch in den ersten zehn Tagen des Wochenbettes mittelst der acido butyrometrischer Methode nach Dr Gerber. *Arch. f. Gyn.*, 1895, Bd. L, Hft. II, p. 368. — **Lefour.** Auscultation et grossesse gémellaire. *Gazette hebd. de Sc. méd. de Bordeaux*, 1895, p. 533. — **Retterer.** Le placenta des carnassiers d'après M. Mathias Duval. *Revue génér. des sciences*, Paris, 1895, p. 993. — **Schwab.** Contribution à l'étude du placenta marginé. *Arch. de Toc. et de Gyn.*, juillet 1895, p. 509.

DYSTOCIE. — **Brunon.** Cloisonnement cicatriciel transversal du vagin chez une secondipare à terme; rupture de l'utérus au niveau du col, mort de la femme et de l'enfant. *Loire médicale*, 1895, p. 262. — **Chambrelent.** Excès de volume de la tête fœtale ; basiotripsie. *Gaz. hebdom. des sc. méd. de Bordeaux*, décembre 1895, p. 579. — **Cuaig.** Prognosis in puerperal insanity. *Medical News*, Philadelphia, 16 novembre 1895, t. II, p. 550. — **Ensor (Edwin T.)** Unruptured hymen at full terme of pregnancy. *Lancet*, 1895, II, 787. — **Eustache.** De l'oblitération du col de l'utérus au moment de l'accouchement. *Archiv. de Tocol. et Gynécol.*, 1895, p. 730. — **Ferguson Leks.** Sarcoma of sacrum obstructing labour. *The Lancet*, Londres, 23 novembre 1895, t. II, p. 1288. — **Flint.** Observations on pelvic contraction. *Medical Record*, New-York, 26 octobre 1895, t. II, p. 583. — **Galabin.** Fœtation in rudimentary horn of the uterus. *Transactions of the Obstetrical Society of London*, juin et juillet 1895, p. 225. — **Gautrelet.** *Contribution à l'étude de l'accouchement dans les malformations utérines.* Thèse de Paris, 1895, nº 8. — **Gubaroff.** Ventrofixation des uterus, Schwangerschaft u. Querlage des Kindes. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. XXX, Hft. 3, p. 464. — **Heinrich (B.).** Sakraltération als absolutes Geburtshindernis. *Centr. f. Gyn.*, 1895, 1223. — **Klien.** Die Geburt beim kyphotischen Becken. *Arch. f. Gyn.*, Bd. L, Hft. 1, p. 1. — **Masse.** Hernie périnéale et lipome préherniaire. Grossesse et accouchement. *Revue obst. intern.*, septembre 1895, p. 193. — **Rawson.** Obstructed Labor : stricture of vagina. *Annals of Gyncæology and Pædiatry*, Boston, septembre 1895, p. 818. — **Shearer.** Supra-pubic puncture of the bladder in overdistension of the cyst complicating delivery. *Annals of Gynæcology and Pædiatry*, Boston, septembre 1895, p. 820.

GROSSESSE. — **Curatolo.** Grossesse gémellaire, monochorion. *Anal. di Ost. e. Gynec.*, 1895, p. 287. — **Fried Lanz.** Ueber alimentäre Glycosurie bei Graviden. *Wien. Medizinische Presse*, décembre 1895, p. 1858. — **Scheunemann.** Noch eimal zur Frage des Küster'schen Zeichens. *Cent. f. Gyn.*, 1895, nº 51, p. 1337. — **Queisner.** Geheilter Fall von Uterusruptur. *Cent. f. Gynæk.*, décembre 1895, p. 1341.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Dunning.** Ruptured intestinal pregnancy. *The Provincial Medical Journal*, Leicester, 1er novembre 1895, p. 586. — **Johnson.** Three cases of extra uterine pregnancy. *The Boston med. and. surg. Journ.*, 1895, II, 464. — **Pinard.** Un cas de grossesse extra-utérine. *L'Indépendance médicale*, 13 novembre 1895, p. 9. — **Schwartz (F.).** Ruptur einer Monat schwangeren Tube mit Hämatocelebildung und Durchbruch in die Vesica, Genesung. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 36, p. 985. — **Noble.** A remarkable case of ruptured ectopic pregnancy. *The Am. Gyn. a. Obst. J.* octobre 1895, p. 349. — **Rosenwasser.** Exceptional location of the blood clot in a case of ruptured ectopic pregnancy. *The Provincial Medical Journ.*, Leicester, 1er novembre 1895, p. 586. — **Ross.** A Case of very early ectopic gestation. — *American J. of. Obstetrics*, 1895, p. 567. — **Thiébaut.** Contribution à l'étude de la grossesse tubaire avortée. *Arch. de Tocol. et de Gyn.*, août 1895, p. 634. — **Walther.** Ein Fall von gleichzeitiger extra und intra-uterin Graviditat bei Uterus subseptus. *Zeitsch. f. Geb. a. Gyn.*, Bd. XXXIII, Hft. 3, p. 389.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Addinsell.** Case of fœtal deformity. *Transactions of the Obstetrical Society of London*, juin et juillet 1895, p. 204. — **Alban Doran.** Acardiacus mylacephalus. *Transactions of the Obstetrical Society of London*, juin et juillet 1895, p. 209. — **Ballantyne (J.-W.).** A case of preauricular or branchial appendage. *Teratologia.* Edinburgh, 1895, II, 14. — **Ballantyne.** Dicephalic fœtus. *Teratologia.* Londres, juillet 1895, 184, 210. — **Ballantyne.** Note on the literature of the fœtus amorphus anideus. *Teratologia.* Londres, juillet 1895, p. 182. — **Bignami.** Un caso strano di monstruosita fœtale. *Rassegna d'Ostetricia e Ginecologia*, juillet 1895, p. 389. — **Ballantyne.** Teratological typer iniencephaly. *Teratologia.* Londres, octobre 1895, p. 287. — **Ballantyne.** The Biddenden the mediceval hygopagous twins. *Teratologia.* Londres, octobre 1895, p. 268. — **Charbonnier.** Pour servir à l'histoire de la circulation fœtale et de l'auscultation obstétricale. *Rev. obstetricale interne*, août 1895, p. 177. — **Duncan (W.).** Conjoined twins (thoracopagus). *Transactions of the Obstetrical Society of London*, juin et juillet 1895, p. 198. — **Fabris.** Di un feto mostruoso. *Anali di Ostetricia e Ginecologia*, juin 1895, p. 329. — **Féré.** Essai expérimental sur les rapports étiologiques de l'infécondité, des monstruosités, etc. *Teratologia*, Londres, octobre 1895, p. 245. — **Freiberg (Albert H.).** Case of intra-uterine fracture of the tibia resulting in congenital ankle deformity. *Annals of Surgery*, 1895. II, 777. — **Frœlich.** Hernie congénitale du poumon. *Rev. méd. de l'Est*, décembre 1895, p. 723. — **Haushalter.** Rhumatisme blennorrhagique chez le nouveau-né. *Arch. cliniques de Bordeaux*, novembre 1895, p. 495. — **Heim.** *The Blennorrhœa neonatorum u. deren Verhütiing in der Schweiz.* Berne, 1895. — **James Shaw.** A case of microcephalus for which linear craniectomy was done by two stages. Death after the second operation at wich a large subdural hœmatoma was found excavating the heft hemisphere. *The Lancet*, décembre 1895, p. 1422. — **Köstlin.** Werth der Crede'schen Methode zur Verhütung der Ophtalmoblennorrhœa Neonatorum und ihre allgemeine Einführbarkeit. *Arch. f. Gyn.*, 1895. Bd. L, Hft. II, p. 257. — **Marfan.** Du lait de vache dans l'allaitement artificiel. *Rev. de thérapeutique médico-chirurgicale*, décembre 1895, p. 750. — **Mettenheimer.** Unvollkommene Duplicitat. der Geschlectorgane bei einem neugeborenen Kinde weibliche Geschlechts mit Atresia Ani. *Arch. f. Gyn.*, Bd. L, Hft. II,

p. 221. — **Milligan**. Monsters. *Medical Record*. New-York, 22 juin 1895, t. I, p. 783. — **Montesinos y Donday**. Fisiologia del embrion y del feto. *Anales de Obstet. Ginec. y Pediadria*, décembre 1895, p. 361. — **Ohmann-Dumesnil**. The human epitrichium. *Teratologia*. Londres, juillet 1895, p. 149. — **Osmont**. Accouchement gémellaire à terme. Fœtus anencéphale et fœtus normal. *Année médicale de Caen*, 1895, p. 193, n° 11. — **Routh (A.)**. Skull of an anancephalic fœtus. *Transactions of the Obstetrical Society of London*, juin et juillet 1895, p. 219. — **Runge**. Die sogen. Hülfsursachen der ersten Athemzuges u. die intrauterine Athmung nach Ahlfeld. *Arch. f. Gyn.*, 1895, Bd L, Hft. II, p. 378. — **Webster**. A specimen of fœtus amorphus anideus. *Teratology*, Londres, juillet 1895, p. 178. — **Woodward**. A heavy fœtus. *The Lancet*. Londres, 14 décembre 1895, t. II, p. 1497.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Baldwin**. Manuel interference to correct certain undesirable presentations. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, novembre 1895, p. 624. — **Collins H. Johnston**. Some Points to the Use of Forceps and Antiseptics in Obstetrical Practice. The Walscher Position. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, août 1895, p. 134. — **Gener**. Ueber den osteoplastischen Verschluss einer nach Symphyseotomie bestehen gebliebenen Symphyseuspaltes. *Cent. f. Gyn.*, 20 octobre 1895, p. 1129. — **Hugh Hamilton**. The Value of Symphyseotomie. *Annals of Gynæc. a. Pæd.*, novembre 1895, p. 67. — **Jewett (C.)**. A case of Symphyseotomy. *Amer. Gyn. and Obst. J.*, New-York, 1895, II, 478. — **Herrgott (A.)**. Traumatismes utérins causés par le forceps intempestivement appliqué. *Rev. méd. de l'Est.*, décembre 1895, p. 723. — **Hoffmann**. Sectio cæsarea in mortua, lebendes Kind. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 50, p. 1319. — **Löhlein**. *Die Symphyseotomie u. ihr. Verhältniss zum Kaiserschnitt u. zur künstlichen Frühgeburt*, Wiesbaden, 1895. — **Maher**. Some original Studies on the Obstetrical Forceps, with Mecanical Demonstration. *Annals of Gyn. a. Pæd.*, novembre 1895, p. 72. — **Meyer (H.)**. Eine Symphyseotomie. *Cent. f. Gyn.*, 1895, n° 35, p. 937. — **Myers (Wil. H.)**. The limitation of craniotomy. *Amer. Gyn. and Obst. J.*, N.-Y., 1895, II, 479. — **Noury**. Opération césarienne. *Année médicale de Caen*, 1895, n° 11, p. 199. — **Palmer**. The technique of the Cesarean section. *Am. J. of Obst.*, janvier 1895, p. 16. — **Schneider**. Wiederholter Kaiserschnitt an derselben Person. *Cent. f. Gyn.*, 1894, n° 4, p. 97. — **Stieber**. Observation de symphyséotomie. *Revue obstétr. internat.*, 1895, p. 225. — **Stouffs**. Un cas de symphyséotomie. *Bulletin de la Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1895, p. 113. — **Tarnier**. Comparaison entre l'opération césarienne, la symphyséotomie et l'accouchement prématuré artificiel. *Presse médicale*, 1895, p. 265. — **Taylor**. Symphyseotomy. *Medical Record*, 1895, p. 410. — **Wahl**. Ueber die Entbindungen mit der Zange an der Königl. Frauenklinik in Dresden in den Jahren, 1889, bis 1, Januar 1894. *Arch. f. Gyn.*, 1895, Bd. L, Hf. II, p. 235.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Acker**. Hemorrhagie during Labor, *American J. of Obstetrics*, 1895, p. 604. — **Baldy**. Abdominal section for puerperal septicemia. *Annals of gynæcology and pædiatry*. Boston, septembre 1895, p. 827. — **Baldy (J. M.)**. Puerperal septicemia. *Medic. Standard*. Chicago, septembre 1895, XVII, p. 275. — **Bar**. Rhumatisme blennorrhagique et puerpéralité. *Rev. obstétr. internat.* décembre 1895, p. 265. — **Baum (D.)**. Zur Behandlung der Placenta prævia.

Centr. f. Gyn., 1895, nº 39, p. 1033. — **Birge (W. S.)**. A case of criminal abortion with peculiar features. *Boston med. and Surg. J.*, 1895, II, p. 412. — **Blume**. Eclampsia Gravidarum. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, novembre 1895, p. 638. — **Brindeau**. Traitement de l'éclampsie puerpérale. *Archives de Tocologie et de Gynécologie*, 1895, p. 748. — **Chaleix**. Rétention cotylédonaire. Utilité de l'intervention manuelle. *Revue des Sc. méd. de Bordeaux*, décembre 1895, p. 580. — **Chiarleoni**. Due cesaree Porro per osteomalacia. *Rassegna Ostetricia e Ginec.*, 15 août, p. 449. — **Clivio**. Rumatismo articolare acuto e gravidanza. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, août 1895, p. 489. — **Cullinworth**. An indiscutable case of complete tubal abortion. *Trans. of the obstet. Soc.* London, 1895, p. 139. — **Craik (Robert)**. A note on two cases of puerperal eclampsia, *Lancet*, 1895, I, p. 1639. — **Cumston**. Metritis as a cause of miscarriage. *The Boston Medical and Surgical Journal*, 19 septembre 1895, t. II, p. 281. — **Desbonnets**. Môle hydatiforme. *Arch. de tocologie et de gynécologie*, 1895, p. 790. — **Desternes**. *Indications et rôle du bain froid dans le traitement de l'infection puerpérale*. Thèse de Paris, 1895-1896. — **Doléris**. Accidents tardifs de l'infection puerpérale. Nécessité d'un traitement prolongé. *Nouvelles Arch. d'obstét. et de gynéc.*, 1895, 401. — **Duncan**. Case of missed abortion in which an early embryo in its amniotic sac was retained in the uterus fort eight months. *Transactions of the Obstetrical Society of London*, juin et juillet 1895, p. 196. — **Dührssen**. Ueber eine neue Methode der Behandlung der unzeitigen Geburten. *Wiener Med. Presse*, 1895, p. 1362. — **Edward Ayers**. Diagnosis and chronology of abortion. *Medical Record*, New-York, 28 septembre 1895, t. II, p. 444. — **Fox**. Puerperal infection. *Annals of gynæcology and pædiatry*, Boston, août 1895, p. 743. — **Freedland Barbour**. On a case vith symptoms simulating hysteria in pregnancy, etc. *Edinburgh Medical Journal*, juin 1895, p. 1092. — **Grant**. A brief account of three cases of placenta prævia. *Lancet*, 1895, I, p. 1641. — **Jacobs**. A propos de l'avortement. *La Policlinique*, décembre 1895, p. 399. — **Kennedy (August E.)**. Puerperal septicæmia : Use of streptococcus antitoxin. *Lancet*, London, 1895, II, 1106. — **Lloy Bergen**. General erysipelas occurring during the puerperum, followed by popliteal thrombosis and gangren. *Med. News*, octobre 1895, p. 424. — **Longyear**. The prophylactic treatment of eclampsia gravidarum. *The American Journal of Obstetric*, New-York, novembre 1895, p. 631. — **Marx**. Placenta prævia, its rational treatment. *Amer. gyn. and obst. J.* New-York 1895, II, 489. — **Miller**. Intermediate treatment of puerperal Sepsis. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, novembre 1895, p. 615. — **Moerloose (Mlle)**. Eclampsie albuminurique survenue au huitième mois de la grossesse, dilatation artificielle du col. Terminaison de l'accouchement au moyen du forceps. *Revue obst. internat.*, octobre 1895, p. 217. — **Murtry**. The indications for operation in puerperal sepsis. *The Provicinal Medical Journal*. Leicester, 1 novembre 1895, p. 585. — **Neumann**. Weitere Beiträge zur Lehre von der Osteomalacie, *Arch. f. Gyn.* Bd. L, Hft. 1, p. 138. — **O'Reilly**. Case of hæmatocele supervening on an abortion. *The Lancet*, octobre 1895, p. 911. — **Remy**. Tête fœtale séparée du tronc, retenue dans l'utérus au-dessus d'un détroit rétréci. *Archives de tocologie et de gynécologie*, 1892, p. 759. — **Reamy**. The treatment of puerperal eclampsia. *The Cincinnati Lancet Clinic*, 12 octobre 1895, p. 400. — **Shaw**. Two cases of placenta prævia centralis. *Annals of gynæcology and pædiatry*, Boston, septembre 1895, p. 824. — **Schwab**. Syphilis placentaire. *Revue*

médicale, décembre 1895, p. 494. — **Schoofiedd.** Placentitis : retained placenta. *The Cincinnati Lancet Clinic*, 2 novembre 1895, p. 489. — **Stapleford.** Rupture of the fetal membranes threc weeks before delivery. *The Cincinnati Lancet Clinic*, 2 novembre 1895, p. 498. — **Swstalski (L.).** Beitrage zur den unstillbaren Gebarmutterblutungen. *Centr. f. Gyn.*, 17 août 1895, p. 889. — **Vinay.** Polinévrite consécutive à la grossesse et à l'accouchement. *Lyon médical*, décembre 1895, p. 355. — **Zweifel.** Zur Behandlung der Eclampsie. *Centr. f. Gyn.*, 1895, nº 47, p. 1201-1238.

THÉRAPEUTIQUE ET ANTISEPSIE. — **Davis et Packard.** A case of inversion of the uterus of five day's standing : successfull reduction. *Medical Record*, nº 5; 26 octobre 1895, t. II, p. 588. — **Fiz (H.).** The Universal Application of the Principles of Asepsis to Private obstetric Practice. *The Am. J. of Obst.*, juillet 1895, p. 8. — **Gallois.** Les lavages utérins en obstétrique. *Arch. de Tocol. et de Gyn.*, août 1895, p. 561. — **Gaulard.** La sérothérapie dans la fièvre puerpérale. *Rev. obst. internat.*, décembre 1895, p. 273. — **Johnson.** Ætiology and pathology of albuminuria of pregnancy, including puerperal eclampsia. *The Am. Gynecol. u. Obst. J.*, octobre 1895, p. 352. — **Mitra.** Chloral and ipeca in labor. *Medical Age*, Detroit, 10 décembre 1895, p. 716. — **Rooschüz.** *E. Beitrag zur Therapie des Abortes.* Berne, 1895. — **Strassmann.** *Anleitung zur aseptischen Geburtshülfe.* Berlin, 1895.

VARIA. — **Ballantyne.** Antenatal pathology and heredity in the hippocratic writings. *Teratologia.* Londres, octobre 1895, p. 275. — **Donald Macphall.** The influence of inheritanec on the tendcecy to have twins. *The Lancet*, décembre 1895, p. 1429. — **Ferdy.** *Die Mittel zur Verhutung der Conception.* Neuwied, 1895. — **Greenwood.** Obstetrics as practiced in the mountains of North Georgia. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, août 1895, p. 118. — **Glaister.** The law of infanticide : a plea for its revision. *Edinburgh medical Journal*, juillet 1895, t. II, p. 1. — **Harris.** Certain phonomena observed in the sudden arrest of lactation. *Annals of Gynæcology and Pædiatry*, Boston, août 1895, p. 751. — **Hildreth.** Address to the Graduating class of the training school for nurses at the Johns hopkins hospital. *Annals of Gynæcology und Pædiatry.* Boston, août 1895, p. 725. — **Hirigoyen.** Compte rendu du service d'isolement de la maternité de Pellegrin de 1885 à 1894. *Rev. obstetri. intern.*, décembre 1895, p. 268. — **Isaac.** De la grossesse consécutive aux traitements conservateurs dans les affections inflammatoires des annexes. *Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1895, nº 6, p. 201. — **Keer.** The chemical and physiological changes in Milk Caused by Boiling. *British med. J.*, décembre 1895, p. 149. **Lefour.** Note pour servir à l'étude des causes d'erreur dans la pelvimétrie mixte. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bord.*, 29 septembre 1895, p. 458. — **Piskacek.** *Lehrbuch f. Schülerinnen des Hebammencurses u. Nachschlagebuch f. Hebammen*, Vienne, 1895. — **Ploss.** *Das Weib in der Natur u. Völkerkunde. Anthropologische Studien.* Leipzig, 1895. — **Schultze.** *Lehrbuch der Hebammenkunst.* Leipzig, 1895 — **Venables.** Brief notes of a thousand cases in obstetric practice extending over a number of years. *The Boston medical and surgical Journal*, 19 septembre 1895, t. II, p. 289. — **Wehr.** *Die Ehe ohne Kinder. Die besten Mittel zur Beschrankung der Kinderzahl.* Berlin, 1895. — **Zweifel.** *Lehrbuch der Geburtshülfe.* Stuttgart, 1895.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Février 1896

TRAVAUX ORIGINAUX

LA SYMPHYSÉOTOMIE
ET LE FORCEPS AU DÉTROIT SUPÉRIEUR

Leçon du Dr **Queirel**, professeur de Clinique obstétricale à Marseille.

MESSIEURS,

Je veux vous entretenir aujourd'hui de deux faits importants qui se sont passés, ces jours-ci, dans le service de la Maternité. Vous allez voir quel précieux enseignement ils comportent, et quelle conclusion on peut en tirer. Laissez-moi d'abord vous les exposer sans commentaire :

Au milieu de la nuit du 5 au 6, jeudi à vendredi, on nous apporta une femme, primipare, âgée de 42 ans, à terme, avec une dilatation complète et une présentation du sommet, poche des eaux rompues. Le travail avait commencé la veille, il y avait un rétrécissement du bassin peu prononcé, mais qui ne permettait pas à la tête de franchir le détroit supérieur. Si bien qu'en ville cette malheureuse dut subir une ou plusieurs applications de forceps. Le médecin qui lui a donné ses soins, est un praticien occupé qui jouit d'une excellente réputation que lui ont value la bonne volonté et le dévouement qu'il met au service de ses malades. Il prétend n'avoir fait qu'une tentative très douce ; nous devons croire à sa parole. Quoi qu'il en soit, quand cette femme arriva, les battements du

cœur fœtal n'étaient plus perçus, un liquide verdâtre et nauséabond s'échappait de ses parties génitales. Vous savez que j'étais souffrant, et qu'en l'absence de mon excellent collègue, M. Jourdan, notre interne dévoué et distingué et M. Juge notre ancien interne, aujourd'hui premier interne à la Conception, pratiquèrent, ainsi que le commandait la circonstance, la basiotripsie sans trop de difficulté. L'extraction se fit donc sans encombre et la délivrance ne présenta rien d'anormal. Bien qu'il n'y ait pas eu d'hémorrhagie, la femme, sans doute par *choc*, succomba quelques heures après, assez brusquement du reste, et l'on put constater que les pubis laissaient entre eux un écartement de la largeur de deux travers de doigt. Je répète que je m'abstiens de commentaire, et je ne retiens que ce résultat, absolument navrant : femme et enfant morts. Si vous voulez, nous formulerons cette conclusion malheureuse : femme moyennement rétrécie, enfant sacrifié sans bénéfice pour la mère ; ou si vous voulez encore : bassin rétréci, enfant diminué de volume, tête réduite, passage à travers une filière agrandie inconsciemment.

Permettez-moi, avant toute réflexion, de rapprocher de ce cas, le second dont j'ai à vous parler.

Il s'agit d'une femme primipare, de 27 ans, venue depuis quelque temps à la Maternité, à terme ou près du terme.

Chez celle-ci, le travail avait commencé l'avant-veille (mercredi 4 décembre). La tête se présentait au détroit supérieur mais ne s'engageait pas, cette femme était rétrécie comme l'attestaient les mensurations prises déjà et dont je vous donnerai ici les dimensions exactes.

Baudelocque	— 17	Bisépineux	— 23
Bicrétal	— 27	Sacro-sous-pubien	— 10 centim.

Le bassin était symétrique.

La dilatation, le jeudi 5 décembre au soir, était comme un écu de 5 francs. La poche des eaux s'était rompue la veille dans la nuit. Je fis mettre un ballon de Champetier

dans le vagin et j'attendis la dilatation complète. Le vendredi matin, 6 décembre, à ma visite, voyant que la tête ne descendait pas, mais était arrêtée en transversale gauche, au-dessus de l'angle sacro-vertébral, je me décidai à pratiquer la *symphyséotomie,* la dilatation étant quasi-complète, les battements du cœur devenant précipités et le méconium se mêlant aux glaires qui s'écoulaient par le vagin.

Je vous parlerai plus tard de la technique opératoire ; pour le moment, je vous dirai seulement que nous avons eu le bonheur d'extraire par une application de forceps post-opératoire et avec un écartement de 5 centim., un enfant vivant de 3 kilogr. 125 gr. avec un B. P. de 8 centimètres et demi. Le crâne présentait une petite eschare sur le pariétal postérieur en avant de la bosse, et un petit enfoncement produit par la saillie du promontoire. La mère et l'enfant du reste sont très bien aujourd'hui.

Voilà deux faits brutalement exposés et qui se sont produits dans les mêmes vingt-quatre heures ! Voyons maintenant les détails :

Et tout d'abord, n'êtes-vous pas frappés comme moi, par cette pratique si différente et par ces résultats si différents aussi ?...

D'une part, la prétention de respecter l'intégrité des parties maternelles et de sortir, coûte que coûte, un enfant vivant ou mort, plutôt mort que vivant; d'autre part, le parti pris de porter atteinte à l'intégrité de ces parties maternelles et d'extraire un enfant vivant. Mais me direz-vous dans le premier cas, si la mère a succombé, si les organes génitaux ont été intéressés, si le bassin a subi un agrandissement fortuit, l'intention ne peut être incriminée ! Certes je ne suspecte pas l'intention, mais je condamne la méthode. On a vu du reste, ajouterez-vous peut-être, des applications de forceps au détroit supérieur réussir avant la rénovation de la symphyséotomie, et même depuis ; on a vu des mères et des fœtus résister au traumatisme ! Cela est vrai — mais n'est-il pas mieux de ne pas les y exposer ? N'est-il pas vrai aussi qu'on

a vu des femmes accoucher heureusement avant la pratique de l'antisepsie ? Est-ce une raison pour se priver de ce secours aujourd'hui ? Quelle statistique pourrait donc supporter la comparaison des femmes emportées par la fièvre puerpérale avant la péricde de la doctrine antiseptique et depuis ?

Si quand on n'avait comme ressource ultime que l'application du forceps au détroit supérieur ou l'opération césarienne, l'accouchement prématuré ne peut être mis en cause ici, nous en parlerons plus tard; si, dis-je, quand on ne pouvait délivrer une femme que par ce moyen, la césarienne l'exposant bien davantage, il était bon, il était raisonnable de l'employer, ne doit-on pas avouer qu'il nous réservait des mécomptes, non seulement pour la vie du fœtus, mais pour celle de la mère ? Si l'on peut supprimer ces mécomptes, ces aléas, n'est-ce pas un devoir de le faire ?

Pour l'école de Baudelocque, pour le maître éminent qui a rénové la symphyséotomie en France, et qui a banni cette pratique, conservatrice en apparence seulement, pour ses disciples, la réponse n'est pas douteuse, et depuis deux ans, mon excellent collègue, maître et ami, le professeur Pinard a prêché cette doctrine, dans tous les cas où la tête est retenue au détroit supérieur, mobile, amorcée ou enclavée : « il faut laisser le forceps et même la version, pour pratiquer l'agrandissement momentané du bassin ».

M. le professeur Farabeuf est venu prêter à cette opinion l'appui de sa grande autorité d'anatomiste et a démontré tout le mal que faisait cet instrument merveilleux de préhension et de traction, qu'on appelle le forceps, quand on voulait étendre ses indications, jusqu'à aller saisir une tête fœtale au niveau ou au-dessus de l'angle sacro-vertébral.

Supposez une tête arrêtée en transversale au niveau du promontoire. Cette tête est légèrement défléchie, l'occiput est à droite ou à gauche, le pariétal postérieur ne s'applique pas sur l'angle sacro-vertébral, mais est dans l'aileron du sacrum, à droite ou à gauche. C'est un diamètre voisin du

bitemporal qui est en rapport avec le conjugué vrai. La suture fronto-pariétale est, par un de ses côtés, appliquée contre la saillie de l'angle sacro-vertébral et la tête n'est pas synclitique, mais oblique, autrement dit inclinée sur le pariétal postérieur, quelquefois sur le pariétal antérieur (Nægelé). Elle ne descend pas et si vous touchez la suture sagittale vous la trouverez dans la direction du diamètre transverse, mais plus rapprochée du pubis que du sacrum et de beaucoup.

Ici permettez-moi de vous mettre en garde contre une cause d'erreur. Il semble quelquefois que la tête s'engage, parce que la bosse séro-sanguine descend et vient toucher le plancher du bassin; et pourtant la voûte du crâne est toujours au détroit supérieur. La tête est amorcée, mais non engagée, ce n'est pas le véritable engagement. Farabeuf l'a très bien démontré et a donné un moyen pratique pour éviter l'erreur. Introduisez un, puis deux doigts entre la tête et le plancher, refoulez la bosse et placez-les de champ, vous pourrez mesurer la distance qui sépare la tête du plancher pelvien. Tant que vous pourrez faire cette manœuvre, la tête n'est pas engagée, elle est au détroit supérieur!... Voulez-vous appliquer le forceps? Comment pourrez-vous le faire? « L'idéal de toute application du forceps », dit Lepage qui a fait une excellente thèse sur ce sujet, « doit être de « faire ou de laisser exécuter à la tête fœtale, en l'entraînant, « tous les mouvements qu'elle exécuterait si l'accouchement « était spontané ». Quo vergit natura, eo ducendum. Pour cela faire, trois conditions sont nécessaires : 1° *Prise régulière; 2° traction dans l'axe du canal à parcourir; 3° mobilité de la tête dans son parcours.*

Eh bien! la première de ces conditions est déjà difficile. On peut y arriver cependant en glissant une branche entre le sacrum et le pariétal postérieur, et l'autre, entre le pariétal antérieur et le pubis. Ainsi placées, leur concavité regardant du côté de l'occiput, les deux branches diminuent déjà d'un centimètre environ, le petit diamètre par où doit

passer la tête. La pression que subit cette dernière doit aller crescendo à mesure que vous tirerez, et Pajot l'a comparée, avec beaucoup de bonheur, à un crayon, dans un porte-crayon, dont on serrerait l'anneau. Plus on tirera sur le forceps, et plus l'anneau pelvien serrera les branches ; et alors que deviendra la troisième condition, la mobilité de la tête. Farabeuf a démontré qu'une force de 30 kilogr., ce qui n'est pas exagéré, appliquée à l'extrémité du manche, décuple et produit sur la tête une pression de 300 kilogr. Trouvez-vous maintenant extraordinaire les enfoncements, les fractures du crâne fœtal, les hémorrhagies intracrâniennes, les contusions des centres nerveux ? Et si la tête résiste, c'est que les parties contondantes cèderont. C'est que, comme dans le cas dont nous nous occupons, les symphyses auront été disjointes par l'effort qui veut faire descendre la tête, vaille que vaille.

Ici se place un facteur important : c'est la disposition du sacrum dont la concavité n'est pas utilisée ; la branche postérieure du forceps passant au-devant d'elle comme un pont, comme la corde d'un arc, et encore supposons-nous que cette concavité n'est pas diminuée et que le bassin n'est pas canaliculé. C'est encore le professeur Farabeuf qui a démontré l'importance du diamètre mi-sacro-pubien qui permettra ou ne permettra pas à la tête, l'angustie du détroit supérieur franchie, de se loger dans la concavité sacrée, dans l'excavation. Imitant le jeu de la nature, et pour se rapprocher de l'idéal, signalé plus haut, il a construit un levier préhenseur et mensurateur qui peut dans quelques cas faire basculer la tête en l'inclinant successivement d'arrière en avant, pour engager la bosse pariétale postérieure, et d'avant en arrière, pour faire descendre l'antérieure. Voilà bien du travail pour arriver à un résultat médiocre, comparé à celui de la symphyséotomie.

Deuxième condition : *Tirer dans l'axe !* Est-ce facile ? C'est là l'échec de tous les forceps, même de celui de Tarnier. Il faut, pour pouvoir tirer dans l'axe du détroit supérieur,

porter le manche très en arrière, si en arrière que le périnée ne résiste pas, ni le coccyx et ce ne sera pas encore assez! Non ! même à ce prix, vous tirerez encore 2 ou 3 centim. trop en avant ; car il ne faut pas oublier que la saillie du promontoire vous empêchera de porter l'axe de traction dans l'axe du détroit supérieur. Contusions, attritions, ruptures, déchirures des parties molles, disjonction des symphyses pour la mère ; pression exagérée de la tête et ses conséquences, pour le fœtus : voilà des méfaits qui, s'ils ne sont pas toujours mortels, sont du moins bons à éviter. Il faudrait, pour hésiter entre les deux méthodes, que l'on nous démontrât que la section pubienne est dangereuse pour la femme en travail, comme l'était par exemple, autrefois, l'opération césarienne. Il n'en est pourtant rien ! consultez les statistiques : la nôtre par exemple ; il est vrai qu'elle ne comporte pas un chiffre élevé, mais enfin 15 symphyséotomies, 15 succès pour les mères. — Succès aussi pour tous les enfants qui n'avaient pas subi des manœuvres fœticides auparavant. Comparez la proportion des cas malheureux (femmes et enfants) dans les deux pratiques et vous trouverez un nombre de vies infiniment supérieur au crédit de la symphyséotomie qu'à celui de toutes les autres méthodes. D'ailleurs je n'ai pas l'intention de me borner à ces considérations générales et nous allons serrer de plus près la question en ce qui concerne l'examen clinique de nos deux observations.

Nous avons procédé à la mensuration du bassin et à l'autopsie de la femme, ayant subi les manœuvres susdites, en ville et ici.

Baudelocque......	17	Sacro-pubienm inimun.	9
Bicrétal...........	25 1/2	Coccy-pubien.........	9
Bisépineux........	22	Mi-sacro-pubien.......	10
Sacro-sous-pubien.	10 1/2		
Coccyx ankylosé.			

Il a fallu, pour prendre ces mesures, resserrer les pubis et

rapprocher les os coxaux, car la symphyse pubienne présentait un écartement de 6 centim., les surfaces articulaires étaient encroûtées de cartilages ; les symphyses sacro-iliaques étaient relâchées, les ligaments antérieurs respectés, mais la mobilité était très grande. La face antérieure du sacrum était plate. Le vagin par sa face antérieure était décollé, une déchirure existait sous l'arcuatum divisé et suivait la branche ischio-pubienne droite. Il y avait un épanchement sanguin dans la trompe droite et dans la fosse iliaque du même côté, peu abondant du reste. Du côté gauche on trouvait aussi du sang épanché, au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche, de même que dans la cavité de Retzius et dans le petit bassin. L'utérus était intact, vide, haut de 17 à 18 centim. et pesant 1,100 gr. Il est probable que cette femme avait perdu beaucoup de sang avant son entrée et qu'elle a succombé au traumatisme : son aspect était masculin, elle avait les cuisses courtes, mais ne présentait pas de signe de rachitisme. Elle avait de la barbe, des poils sur le ventre et sur les jambes, pas de seins. Il y a donc eu là une lésion plus grave que celle qu'on aurait produite en faisant systématiquement la symphyséotomie qui, pratiquée avant les manœuvres obstétricales, aurait sans doute sauvé cette femme et son enfant, qui pesait, sans la matière cérébrale, 3,250 gr. C'eût été un cas analogue à la deuxième, chez laquelle le traumatisme a été insignifiant. Il faut bien accepter que ce traumatisme a été néfaste chez l'une autant qu'inoffensif chez l'autre. Je ne voudrais dire du mal de personne, mais vous trouverez maintes observations, où les femmes ont échappé à des manœuvres d'applications de forceps au détroit supérieur, de basiotripsie et même d'embryotomie, quand celles-ci ont été dirigées par des mains expérimentées, c'est-à-dire qui ont l'habitude de ces opérations, ce qui n'est pas le cas pour nombre de praticiens, fort distingués d'ailleurs, parce qu'ils n'ont pas l'occasion de pratiquer souvent de telles interventions.

J'ai relevé dans la thèse, très suggestive à ce point de

vue, de M. Broissard sur la rupture utérine, bien des observations, où cet accident était dû à des manœuvres, ayant précédé l'entrée des femmes à la Maternité. La plupart de ces observations semblent copiées sur les nôtres, tant elles leur sont semblables; exemple: Primipare, sommet, bassin rétréci, forceps en ville, *déchirure du col jusqu'au corps de l'utérus*, tête mobile au détroit supérieur, basiotripsie à l'hôpital, mort de la mère.

Autre: Tripare. Bassin de 7 centimètres et demi, tête mobile au-dessus du détroit supérieur, forceps, tête fuit! autre tentative, forceps dérape! Basiotripsie, crâniotomie, mort de la mère. Autre encore: Primipare, 33 ans, *rien d'anormal*, tentatives de forceps en ville, rupture utérine, arrivée à la Maternité, la tête à la vulve, forceps facile, mère et enfants morts. Et je n'en trouverai comme cela que trop, si je pouvais vous citer les cas de notre service; aussi je ne continue pas. Je ne veux faire le procès de personne. J'admets cependant, à la grande rigueur, que les parties maternelles, dans certains cas de rétrécissement moyen, comme celui de notre femme, puissent être préservées; j'admets qu'elles échappent à l'infection; mais il est évident que des deux existences que nous devons sauvegarder, le fœtus se trouve bien plus compromis par l'application du forceps au détroit supérieur que par la symphyséotomie.

Cette opération que je voudrais voir entre les mains de tous les praticiens, parce qu'elle est facile, parce qu'elle ne s'éloigne pas de la chirurgie usuelle, parce qu'elle ne compromet rien, je l'admets même en cas de mort du fœtus, quand la basiotripsie ne nous est pas familière; car j'estime qu'avec un bistouri, porté, à ciel ouvert, sur une région peu dangereuse, on risque moins de produire des accidents graves, que par un forceps, manié maladroitement ou témérairement, à plus forte raison par un basiotribe, dans des organes qui se dérobent à nos regards. Mais c'est dans la conservation de l'enfant surtout que la symphyséotomie reprend toute sa supériorité. Je n'en veux pour preuve que

les antécédents de multipares à qui on la fait subir. Quelques chiffres fixeront nos idées à ce sujet.

Dans la statistique de Spinelli, expression de la pratique de l'école de Naples, je trouve cinq multipares qui avaient eu douze enfants morts, avant les cinq vivants qu'elles durent à la section du pubis. Les diverses statistiques de Pinard et Varnier, où nos cas sont englobés, comprennent cinquante-cinq multipares. Elles ont eu ensemble cent quatre-vingt-quatorze grossesses avant d'être symphyséotomisées et ont perdu cent cinquante-deux enfants (mort-nés), soit les 4/5 environ, exactement 78 p. 100. Les cinquante-cinq femmes dans leur dernière grossesse ont donné, grâce à la symphyséotomie, quarante et un enfants vivants, c'est-à-dire les trois quarts et encore, si vous lisiez les observations, vous verriez que dans quatre cas, l'enfant était mort avant l'opération, et que dans tous les autres, il a succombé à des lésions antérieures à la symphyséotomie, tentatives d'extraction dont je m'abstiens depuis.

Je me résume et je dis : que la symphyséotomie doit remplacer, à terme, les manœuvres, dangereuses pour la mère et fatales pour l'enfant.

Dans une prochaine séance, nous étudierons la symphyséotomie comparée à l'accouchement prématuré.

TRAITEMENT DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Par le Dr **Routier**, chirurgien de l'hôpital Necker (1).

Dans la discussion qui vient de s'ouvrir à propos du traitement de la grossesse extra-utérine, il y a, ce me semble, plusieurs points à relever.

Tout d'abord, je ferai bon marché de ces cas particuliers de grossesses ectopiques arrivées au moment où le fœtus est viable; nous sommes tous d'accord, je crois, sur leur traite-

(1) Communication faite à la *Société de Chirurgie*.

ment, c'est la laparotomie avec suture des parois de la poche aux parois abdominales, ou plus élégamment, la marsupialisation, opération de nécessité, comme le disait si bien notre collègue M. Championnière; le mot a été inventé après la chose, on ne parlait pas de marsupialisation quand j'opérai, il y a treize ans, mon premier kyste de l'ovaire; mon excellent maître, M. Terrier, qui voulut bien m'assister, me fit marsupialiser ce kyste: nous faisions de la prose sans le savoir.

Je profite de la circonstance cependant pour dire que, très conservateur de la vie de la mère, je ne laisserai jamais évoluer jusque-là, c'est-à-dire jusqu'au 7e, 8e ou 9e mois, une grossesse ectopique que j'aurais reconnue.

Je ne parlerai pas non plus de ces cas de grossesse extra-utérine qui sont une surprise pour l'opérateur, il n'y a pas d'autre enseignement à en tirer que celui-ci: il faut être prêt à tout quand on ouvre un ventre pour en enlever une tumeur.

Je veux surtout attirer votre attention sur les deux ordres de faits qu'on semble avoir confondus et qui, d'après M. Reynier, ne peuvent pas être diagnostiqués ; je veux dire les grossesses extra-utérines qui simulent une tumeur des annexes, et d'autre part, les hématocèles rétro-utérines ou cataméniales, tout en accordant que celles-ci sont sans doute des grossesses ectopiques arrêtées dans leur évolution, comme j'en ai eu plusieurs fois la preuve.

La grossesse ectopique se présente sous la forme d'une tumeur abdominale; dans ces cas, et j'en ai vu un assez grand nombre, on se trouve en présence d'une tumeur abdominale à diagnostic difficile, est-ce un kyste simple, un fibrome, un kyste dermoïde, une salpingite, une grossesse extra-utérine ?

Ce n'est que par l'étude attentive des phénomènes concomitants qu'on arrive à formuler son diagnostic, ce ne sera peut-être pas toujours un diagnostic ferme, absolument précis, mais il s'approchera, dans tous les cas, assez près de

la vérité pour nous conduire à une bonne thérapeutique.

C'est ainsi, en ne procédant pas autrement, que dans quatre cas, j'ai pu affirmer la grossesse extra-utérine, l'opérer de bonne heure, et sauver mes malades.

Dans un de ces cas, mon diagnostic fut confirmé par le professeur Tarnier qui approuva l'intervention hâtive que j'avais conseillée et que j'exécutai.

Dans ces quatre cas il s'agissait d'une tumeur abdominale, j'ai fait la laparotomie, et j'ai toujours pu enlever tout le kyste fœtal, contenant et contenu.

Dans le premier cas, la grossesse avait près de 5 mois, la malade qui avait déjà eu deux enfants, après avoir cru faire une fausse couche en octobre, sentait remuer en novembre, et je crus à ce moment percevoir le ballottement dans le kyste.

J'ai dû intervenir, la grossesse était encore en évolution ; la malade a guéri et a eu depuis une superbe petite fille.

Ma seconde devait avoir 3 mois et demi environ, elle avait rendu une caduque; je voulais l'opérer, on hésita pendant quinze jours, et je l'opérai, pressé par quelques accidents péritonéaux.

Le kyste fœtal rompu était inclus dans une assez vaste poche d'hématocèle, au milieu de laquelle flottait la trompe très épaissie et dilatée dans sa partie externe qui faisait partie du kyste fœtal.

Cette hématocèle était abdominale, dans la fosse iliaque droite et n'était limitée que par les intestins agglomérés, reliés entre eux par une très légère fausse membrane.

Le kyste fœtal rupturé qui était au centre était au contraire à parois épaisses, sauf au point de la rupture.

Mon troisième cas ressemble assez au précédent : j'avais traité par le repos sans curettage une femme pour une métrite hémorrhagique en février et mars 1894.

Le 3 juillet elle fut prise d'une douleur subite dans le ventre et vint demander un lit ; l'utérus était immobilisé par une assez grosse tumeur à gauche, appartenant aux annexes ; je

la surveillai plusieurs jours et l'opérai le 17; cette fois c'était la trompe qui s'était rompue près de son insertion à l'utérus; je vous ai présenté la pièce à l'époque, il s'était formé une hématocèle autour de la grossesse ectopique.

Ces trois malades ont eu chacune un enfant depuis mon opération.

La dernière est une grossesse extra-utérine de 3 mois, diagnostiquée aussi et enlevée par la laparotomie; je l'ai revue en novembre dernier, elle se croyait enceinte, il n'en est rien.

Reste la classe beaucoup plus nombreuse de ce que nous appelons dans la pratique courante les hématocèles rétro-utérines : je ne parlerai pas de celles qui sont par un procédé quelconque arrivées à la suppuration, bien que je sois convaincu que la plupart des gros abcès rétro-utérins ne reconnaissent pas d'autre origine ; j'avais l'intention d'en parler au congrès et j'avais pour cela réuni, avant octobre dernier, 126 cas d'ouvertures rétro-utérines tirées de ma pratique; pour des raisons spéciales je n'ai pu faire cette communication, je reviendrai là-dessus plus tard; mais je vous parlerai aujourd'hui de 24 cas d'hématocèle rétro-utérine d'où j'ai tiré des caillots noirs par l'incision du fond du vagin; sur ces 24 cas, trois fois j'ai trouvé un fœtus de 10, de 12 et de 15 centimètres.

Dans le premier cas, j'avais été appelé auprès d'une dame qu'on croyait atteinte d'appendicite; dès mon premier examen, je dis hématocèle rétro-utérine et proposai de l'ouvrir parce qu'il me semblait, d'après ce qu'on me racontait, que cette hématocèle durait depuis plusieurs semaines; mais les médecins, étant de la catégorie de ceux qui redoutent les opérations, m'obligèrent à surseoir.

Or les symptômes péritonéaux reparurent et force fut de me laisser agir ; entre temps, cette tumeur que j'avais sentie tout à fait rétro-utérine me parut s'être élevée dans l'abdomen, je résolus cependant de l'attaquer par la voie vaginale.

La malade avait eu des enfants, avait eu ses règles, un

peu déviées il est vrai, je n'avais pas songé à la grossesse extra-utérine, mais au moment d'inciser le cul-de-sac, l'état mou et violacé du col me fit porter le diagnostic.

Le cul-de-sac du vagin ouvert, j'arrivai sur une tumeur que j'incisai. il sortit du sang en caillots et je tirai un fœtus de 12 centimètres dont le cordon se rompit.

L'hémorrhagie fut assez forte, mais je tamponnai le kyste lui-même dont j'avais au toucher direct reconnu les parois. Les suites furent des plus simples, le placenta s'élimina et la malade est guérie.

Quelques jours après, dans mon service je constatai tous les signes d'une hématocèle rétro-utérine chez une femme de 31 ans, multipare; ses dernières règles étaient du 17 mars, nous étions au 30 mai.

Elle avait eu 15 jours auparavant une forte douleur dans le ventre et s'était alitée; elle était enfin venue sous l'influence d'une poussée nouvelle.

Tout en disant hématocèle, je me demandais si celle-ci n'était pas habitée.

Je fis une incision rétro-utérine et retirai un plein bassin de caillots noirs; je crus sentir un fœtus, mais ne pus le retrouver; comme elle avait eu une poussée aiguë l'avant-veille, je n'osai vider tous les caillots de peur d'hémorrhagie; je mis deux drains et deux mèches.

Tout n'alla pas aussi simplement que nous en avons l'habitude, ce qui me faisait toujours penser au fœtus que j'avais cru sentir.

Seize jours après je faisais un nouveau nettoyage de cette poche, j'en tirais un nouveau bassin de caillots; enfin, vingt jours après, en procédant à un lavage, mon interne M. Schmidt amenait un fœtus de 15 centim., tout alla vite et bien; elle est aujourd'hui guérie.

Restent donc les cas d'hématocèles simples, non habitées; elles sont d'habitude rétro-utérines, mais j'en ai vu une sous-péritonéale et latérale, et une anté-utérine; celle-ci, je l'ai ouverte par l'incision vaginale, mais j'ai fait porter mon inci-

sion sur la tumeur, et cette fois j'ai fait l'incision dans le cul-de-sac antérieur.

Je suis très partisan de l'incision vaginale, mais précisément pour cela, je ne puis laisser porter au passif de cette méthode le cas que nous a cité M. Reynier; il avait une tumeur antérieure et a fait une incision postérieure; ce n'est pas la faute de la méthode si sa malade n'a pas été bien guérie.

En 1888, j'ai commis dans la *Semaine médicale* un article sur le traitement de l'hématocèle rétro-utérine suppurée ou non, et je préconisais la laparotomie, un peu pour les mêmes raisons que M. Reynier a exposées au dernier Congrès de 1895. J'avais basé cet article sur quatre cas suivis de guérison : on ne peut guère mieux faire.

Mais deux ans après, en 1890, je revenais sur cette question, ici même, dans les *Annales de gynécologie,* et montrais qu'il fallait, comme le conseillait Gusserow à l'étranger, abandonner la laparotomie dans le traitement de l'hématocèle ou des abcès pelviens, l'incision vaginale étant plus simple, et drainant mieux, par la partie déclive, ce qu'on veut ouvrir.

J'ai depuis cette époque acquis une grande expérience, je crois, de la voie vaginale, et plus que jamais c'est la voie que je préconise, c'est l'opération de choix pour ouvrir les hématocèles et toutes les collections pelviennes en général.

Dans la critique qu'en faisait M. Reynier, notre excellent ami nous rapportait le cas de cette malade qu'il a guérie de son hématocèle, mais qui garde une tumeur des annexes, ce n'est encore pas la faute de la méthode; c'est dans des cas analogues à celui-là que j'ai fait la laparotomie comme je viens de vous en rapporter deux cas, grossesse extra-utérine avec hématocèle autour.

Mais encore faudrait-il savoir si cette tumeur que porte toujours la malade de M. Reynier n'est pas un salpinx ou une ovarite, si ce n'est pas une tumeur liquide; je lui dirai dans ce cas que si elle était tombée sous mon couteau ou plutôt sous mon doigt, je lui aurais certainement ouvert cette poche

par la voie vaginale après avoir au préalable nettoyé son hématocèle, c'est une pratique courante chez moi et que connaissent bien mes internes : la recherche des poches accessoires après l'ouverture de la poche rétro-utérine principale.

Pour vous rassurer sur ce qu'on pourrait appeler de la témérité, je vous dirai que sur mes 24 cas, je n'ai perdu aucune malade et n'ai eu peur qu'une fois.

Je sais bien que pareil accident arrivé à L. Tait lui a fait abandonner la voie vaginale ; il est possible que si cet accident m'était arrivé dès ma première ou seconde intervention, j'aurais pris aussi cette voie vaginale en suspicion, mais il n'en a rien été, et je reste partisan convaincu de l'ouverture vaginale des collections sanguines du petit bassin.

Voici le fait :

Une femme de 32 ans, multipare, après un retard de règles de deux mois, avait eu une forte perte de sang qui durait depuis cinq semaines quand je fus appelé à la voir.

Tout le petit bassin était plein, l'utérus aplati derrière le pubis ; la tumeur faisait saillie dans l'abdomen, sous une forme assez arrondie, mais on percevait à son niveau la moindre impulsion donnée par le doigt vaginal. C'est ce qui me détermina à adopter la voie vaginale. Vous allez voir que c'était un cas peut-être analogue à celui de M. Reynier.

L'incision vaginale me permit de vider au moins un litre de caillots noirs ; ceux-ci évacués, il me resta une tumeur ronde ; je la fis descendre dans le bassin, l'explorai avec le doigt à travers l'ouverture vaginale et la crevai volontairement avec ce doigt.

Il sortit une nouvelle quantité de gros caillots noirs. Tout était fini, je voulus faire mieux.

Pour drainer irréprochablement cette dernière poche, j'introduisis à côté de mon doigt qui la retenait des ciseaux, longs, fermés dont je me servis comme d'un levier pour agrandir l'ouverture et placer plus facilement les drains.

Mal m'en prit, car immédiatement il vint un flot de sang

rouge, artériel, que je n'arrêtai que par la compression de l'aorte.

Pendant que mon interne comprimait l'aorte, je tamponnai fortement cette poche.

Quinze jours après, la malade était guérie et se levait.

Cet incident ne m'a pas fait abandonner la voie vaginale ; depuis que j'avais réuni ces 126 cas, j'ai encore ouvert 15 collections pelviennes par l'incision rétro-utérine, ce qui fait 141 cas, toujours avec le même succès.

Ces jours derniers, j'ai encore ouvert une hématocèle rétro-utérine ; après avoir évacué les caillots, j'ai pu sentir les annexes gauches, grosses et prolabées dans la cavité qu'occupaient les caillots : j'ai attiré ces annexes malades, cause probable de l'hématocèle, et à travers l'ouverture vaginale je les ai pincées dans une forte pince à hystérectomie.

Je note en passant que cette hématocèle n'était pas un kyste : les caillots vidés, j'ai vu l'intestin et des appendices épiploïques.

Toutes les fois que le petit bassin est plein, qu'on a diagnostiqué une hématocèle, que cette hématocèle après 4 ou 5 semaines n'a pas cédé au repos absolu au lit, avec glace sur le ventre, injections vaginales chaudes et purgatifs répétés, il est, je crois, sage d'intervenir, et plus bénin d'agir par la voie vaginale.

Que l'incision soit parallèle au plan médian ou perpendiculaire à ce plan, peu importe, évacuez les caillots, ne grattez pas trop les parois de peur d'enlever les caillots hémostatiques, drainez et tamponnez mollement avec la gaze iodoformée ; en 15 jours en moyenne, vos malades seront guéries.

Je ne crains pas, je vous l'ai dit, de crever avec le doigt ou la pointe des ciseaux mousses fermés les tumeurs liquides voisines ; j'ai eu une fois une forte hémorrhagie, mais j'en avais trop fait, et il faut remarquer que c'est un cas sur plus de 141.

Quant à l'hystérectomie vaginale appliquée à ces cas-là, je dois dire que, comme le rapporteur, je la condamne absolument.

Pour me résumer, je dirai qu'il me semble possible dans beaucoup de cas de faire le diagnostic de la grossesse extra-utérine, et sans vous rapporter ici tous les symptômes donnés dans tous les livres, j'insisterai seulement sur ce fait, c'est qu'on se trouve en présence d'une tumeur abdominale des annexes, unilatérale, avec des symptômes de grossesse possible, les règles sont ou suspendues tout à fait, ou viennent mal, soit trop peu, soit sous forme de métrorrhagies bien souvent avec expulsion d'une caduque.

Devant cette tumeur abdominale, quand on est bien sûr qu'il n'y a pas de grossesse utérine vraie, on doit agir, et pensant à la grossesse extra-utérine ne pas la laisser évoluer, en l'attaquant naturellement par la voie abdominale, pour l'enlever tout entière si c'est possible, pour ouvrir le kyste et le marsupialiser dans le cas contraire.

Que si on a par contre affaire à une tumeur pelvienne avec tous les caractères de l'hématocèle péri-utérine, c'est une collection pelvienne qui doit être attaquée par la voie vaginale où elle proémine. Je ne connais pas de méthode plus simple et plus bénigne.

KYSTE WOLFIEN DU LIGAMENT LARGE

Par le Dr **Félix Legueu,** chirurgien des hôpitaux (1).

Dans une note présentée, il y a deux ans, à la Société anatomique, MM. Pilliet et Souligoux (2) décrivaient un cas de kyste du ligament large et du canal de Gärtner; cette observation fort intéressante se retrouve dans la thèse de Girerd (3), dont elle forme d'ailleurs la base, et l'auteur n'a trouvé aucun autre document à lui ajouter.

(1) Communication faite à la *Société anatomique*, 31 janvier 1896.

(2) PILLIET et SOULIGOUX. Kyste du ligament large et du canal de Gärtner. *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, 1894, p. 412.

(3) GIRERD. *Des kystes du paraovaire avec persistance du canal de Gärtner*. Th. Paris, 1894, n° 494.

J'ai eu l'occasion d'observer un fait à peu près semblable; un kyste du paraovaire que j'ai opéré présentait un prolongement canaliculé : par beaucoup d'analogies, cette observation se rapproche de celle de Pilliet et Souligoux, elle s'en distingue aussi par plusieurs points ; je veux signaler les unes et les autres.

L'observation clinique de ma malade ne présente aucun intérêt. Je passe donc complètement sur les antécédents de cette malade, sur les symptômes qu'elle présentait. Je dirai seulement que, âgée de 30 ans, elle présentait au toucher dans le ligament large du côté gauche une tumeur du volume d'une tête de fœtus, enclavée mais fluctuante, que je diagnostiquai : kyste du paraovaire.

Je l'opérai au mois d'août dernier à Necker, dans le service de mon maître le professeur Guyon, que j'avais l'honneur de suppléer.

Une fois la paroi abdominale incisée, j'ouvris le ligament large pour en faire l'énucléation. Celle-ci s'opéra assez facilement, malgré des adhérences en quelques points très intimes. Cependant, et c'est ici que commence la partie intéressante, à la partie *supérieure* et *externe* de la tumeur, semblant faire corps avec elle, se voyait un prolongement, comme un cordon, qui se dirigeait en haut et en dehors vers la région lombaire.

Je pensai d'abord avoir affaire à un simple tractus fibreux, mais il me fut impossible de le séparer de la surface du kyste : il résistait.

Je songeai à l'uretère; mais nous étions au pôle supérieur de la tumeur, et bien que la direction du cordon rappelât celle de l'uretère, je ne pouvais admettre cette situation haute ; l'uretère suit le bord inférieur du ligament large, et les kystes de ce ligament, les kystes du paraovaire se développent toujours au-dessus de lui pour le refouler plutôt en bas. Ce ne pouvait donc être l'uretère ; mais qu'était-ce donc ? je n'en savais rien. Et après avoir perdu quelque temps en délibération, je sectionnai tout simplement ce conduit et repérai son origine avec une pince.

Dès lors l'opération était finie, car le kyste ne tenant plus, vint tout seul. Après avoir réparé le ligament large, je repris le cordon : il se dirigeait vers la *région lombaire* ; il *était canaliculé* à son centre et une sonde cannelée de moyen volume s'y enfonçait de toute sa longueur. La surface interne apparaissait lisse et rosée. J'avoue qu'à ce moment je craignis avoir coupé l'uretère, et, en toute occurrence, pratiquai l'abouchement à l'angle supérieur de la paroi abdominale de ce petit conduit canaliculé. L'opération était terminée en une heure un quart. La malade guérit parfaitement sans l'ombre d'un incident. Il n'y eut par l'orifice aucun suintement d'urine ou de liquide, et la guérison se fit simplement sans fistule.

L'examen du kyste nous montra un détail intéressant : le conduit anormal, dont nous avions constaté la présence, venait s'ouvrir au pôle supérieur du kyste, et un stylet introduit par l'ouverture du conduit, dont un segment était resté en continuité avec la paroi du kyste, parvenait jusqu'à la cavité par un orifice assez large, et légèrement évasé en entonnoir.

L'examen histologique de ces différentes parties a été fait par mon ami Péron, qui m'a remis la note suivante :

Le kyste est formé d'une paroi fibro-conjonctive englobant des vaisseaux artériels et veineux et de nombreux nerfs. L'épithélium qui la recouvre est aplati.

Le canal qui fait partie de la poche kystique a une paroi conjonctivo-fibreuse, qui se tasse légèrement du côté qui répond à la lumière du conduit. Cette lumière est tapissée par un épithélium cylindrique, à une seule couche. Les cellules de cet épithélium sont régulières et très allongées.

D'autre part, et c'est ce qui donnait, à l'œil nu, à la lumière de ce canal un aspect villeux, l'épithélium s'enfonce dans l'intérieur du tissu fibreux sous forme de très larges dépressions. Les coupes de ces dépressions donnent des figures très irrégulières, qui ne rappellent que tout à fait exceptionnellement les productions glandulaires. Le plus

souvent ce sont de larges fentes tapissées d'un épithélium identique à celui qui tapisse la lumière du tube. Ces réserves faites, il n'y a pas de glandes dans le canal.

Par suite d'une altération de la pièce, on n'a pu suivre le point précis de passage d'un épithélium à l'autre ; mais à en juger par les coupes, il est probable que cette transition s'est faite d'une façon brusque, car on n'observe pas de forme cellulaire de transition entre les deux épithéliums.

Ce canal, en communication avec le kyste, quel peut-il être ? Il faut en chercher l'origine dans le développement du corps de Wolff, dont les vestiges tubulés persistent dans le ligament large.

Je pensais tout d'abord au canal de Gärtner, mais les vestiges qu'on retrouve chez l'adulte dans un tiers des cas (Riedel) n'ont pas la situation qu'avait sur notre pièce le prolongement canaliculé du kyste. Ils longent la paroi latérale de l'utérus et du vagin, et devraient occuper la partie inférieure, le pôle sud de la tumeur. Il en était ainsi dans la pièce observée par Pilliet et Souligoux : le canal abordait le kyste au niveau de son extrémité inférieure.

Or dans le ligament large normal, il existe un organe tubulé de direction horizontale, c'est le *canal de l'époophore* du corps de Rosenmüller : celui-ci se caractérise par une série de tubes verticaux allant s'aboucher dans un tube horizontal, de direction transversale et parallèle à la trompe. C'est le reste de la portion sexuelle du corps de Wolf ; or, la direction, sinon le calibre du prolongement canaliculé que j'ai observé, rappelle absolument celle du canal de l'époophore. Je pense donc que c'est à ce canal, agrandi et non atrophié, que j'ai eu affaire ; il représente, on le sait, la partie inférieure du canal de Wolf (portion sexuelle),

Bien que je ne puisse dire où allait ce conduit, bien que je ne sache ni jusqu'où il remontait, ni comment il se terminait, je crois pouvoir le considérer comme une dépendance du canal de Wolf, comme le reste non atrophié de la partie supérieure de cet organe.

Le kyste s'est développé soit dans le canal lui-même, soit dans un des tubes, qui dans l'organe de Rosenmüller figurent les dents d'un peigne. C'est en tout cas un kyste développé aux dépens de la portion sexuelle du corps de Wolf, et s'il était encore besoin de documents pour étayer cette théorie et montrer que ces kystes du paraovaire sont chez la femme l'analogue des kystes de l'épididyme chez l'homme, cette observation viendrait s'ajouter à l'observation de Pilliet et Souligoux, et quoique un peu différente, plaider dans le même sens.

PATHOGÉNIE
DE QUELQUES FISTULES RECTO-VAGINALES
CONSÉCUTIVES A L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

Par le Dr **F. Jayle**, ancien interne des hôpitaux.

Toutes les fois qu'une hystérectomie vaginale est suivie de fistule recto-vaginale le chirurgien est taxé de maladresse et voué aux gémonies par la malade et son entourage. Le chirurgien, pour se défendre, charge les pinces du méfait et les accuse d'avoir fait tout le mal en déterminant le sphacèle de l'intestin par simple pression. Parfois il invoque aussi, et non sans raison, le processus sphacélique considérable qui suit certaines interventions. Je crois cependant qu'il est une explication plus simple et plus rationnelle à ces faits. L'opérateur n'y est pour rien, les pinces n'y sont pas pour grand'chose : la nature des lésions peut suffire à tout expliquer.

J'élimine tout d'abord les fistules dues à la section du rectum au cours de l'opération ou au placement défectueux d'une pince sur cet intestin. Je n'ai jamais vu d'accidents de cette nature et les observations n'en sont certainement pas communes entre les mains des chirurgiens familiarisés avec l'hystérectomie.

Sur environ une centaine d'hystérectomies pratiquées par

mes maîtres MM. Pozzi et Richelot, j'ai observé trois fistules recto-vaginales. Or, dans les trois, il s'agissait de lésions suppuratives à marche aiguë, déterminées par le streptocoque.

Une fois la fistule se montre dès le 2e jour au soir et une fois le 3e jour; dans le troisième cas, elle ne survient que le 13e jour. Je ferai remarquer que les deux premières malades étaient atteintes de diarrhée; pour la troisième, dans mes notes je n'ai relevé avant l'hystérectomie que la mention « défécation douloureuse », mais j'ai noté la diarrhée dès le 2e jour après l'opération, ce qui fait supposer qu'elle existait déjà auparavant.

Étant donnée la tendance envahissante du streptocoque et la gravité des lésions qu'il détermine, je pense qu'on peut admettre que lors de l'opération, les parois intestinales sont déjà envahies et partiellement ramollies. Dès que la collection est évacuée, la paroi n'a plus pour résister à la pression intra-intestinale le soutien que lui formait provisoirement, en attendant d'ailleurs de la rompre, la collection elle-même. Si l'opération n'avait pas été pratiquée, il se serait produit une fistule rectale interne.

L'hystérectomie faite, c'est la fistule recto-vaginale qui survient.

Voici les trois observations que j'ai recueillies. Je ferai remarquer tout d'abord que dans la première, le coli se trouvait associé au streptocoque, preuve nouvelle du défaut de résistance de la paroi rectale.

Obs. I. — G..., 47 ans. Trois accouchements, le dernier, il y a vingt ans. Pelvi-péritonite un peu après la dernière couche. Pertes blanches depuis une dizaine d'années; pertes rouges depuis un mois, lors de son entrée à l'hôpital, le 24 juin 1894. Douleurs abdominales vives depuis le 15 janvier 1894. Etat infectieux. *Diarrhée* très abondante. Température entre 39° et 40°, du 24 janvier au 2 février, autour de 38° jusqu'au 10 février.

Diagnostic : Suppuration pelvienne.

10 février 1894. Hystérectomie vaginale pratiquée par M. le Dr

Richelot. L'opération est très difficile et se fait par morcellement. Ouverture d'une grande collection suppurée à pus d'odeur infecte, située dans le cul-de-sac postérieur. Impossible d'enlever les annexes qui ne paraissent pas contenir d'abcès.

Dès le lendemain de l'opération, la malade perdait ses matières par le vagin. La fistule se rétrécit d'ailleurs peu à peu et le 10 mars elle était à peu près fermée. Depuis, la malade a été perdue de vue.

L'examen bactériologique a donné les résultats suivants : à l'examen direct, on trouve des bacilles qui se laissent décolorer au Gram et des chaînettes de streptocoques. Sur les cultures (agar, bouillon, gélatine) le bacille seul a poussé, couvrant la surface des tubes d'agar en particulier. Ce bacille présentait tous les caractères du bacterium coli.

Obs. II. — Ch..., 19 ans. Pas d'accouchement ni de fausse couche. En fin décembre 1893, blennorrhagie. En janvier 1894, douleurs annexielles.

Au mois de mars, la malade entre dans un service de médecine où l'on fait le diagnostic de métrite et de salpingo-ovarite double légère. Métrorrhagies. Pas de température.

4 juin 1894. Curettage sous chloroforme dans le service de médecine. Cinq jours après, la température atteignait 39°, alors qu'avant son curettage la malade n'avait jamais eu de fièvre. Des accidents de pelvi-péritonite se développent. La température oscille, pendant une dizaine de jours, de 37° le matin à 40° le soir (temp. axillaire), puis se maintient autour de 38°, montant cependant une fois encore à 39°. Vomissements presque incoercibles, *diarrhée continue*, langue chargée. Amaigrissement et anémie. La malade, qui est de robuste constitution, est cependant encore forte. Rien dans les urines. Douleurs abdominales très vives, s'irradiant dans les cuisses : ventre un peu ballonné.

Au toucher on trouve que les culs-de-sac latéraux ne sont remplis par aucune saillie, mais en les déprimant légèrement, on sent de chaque côté une tumeur dure, empâtée, douloureuse, que la main abdominale sent remonter à droite jusqu'à deux travers de doigt au-dessous. Le cul-de-sac postérieur est empâté et douloureux. Un examen complet est impossible par suite des douleurs qu'éprouve la malade.

Diagnostic. — Suppuration pelvienne.

10 juillet 1894. Avant de pratiquer l'hystérectomie vaginale, M. Pozzi examine la malade endormie et trouve que l'utérus est englobé dans une masse dure qui remplit le petit bassin et déborde dans les fosses iliaques, surtout à gauche.

Hystérectomie vaginale. Le col libéré, la face antérieure de l'utérus est laborieusement mise à nu, puis sectionnée sur la ligne médiane; en contournant le fond, le doigt crève uue poche d'où sort une sorte de pus verdâtre. La face postérieure est dégagée à son tour et il s'écoule à nouveau du pus en quantité. On place alors trois pinces sur le ligament large gauche et on détache l'organe. A ce moment il s'écoule encore du pus en abondance. En explorant le fond de la plaie, on trouve très haut une poche fluctuante que l'on crève à l'aide d'une pince guidée par le doigt. Il s'écoule encore du pus.

Lavage et pansement.

Suites. — Dès le troisième jour, des matières passaient par le vagin.

La guérison opératoire s'est faite, mais il a persisté une fistule large de deux centimètres et demi, transversale, médiane et siégeant à 10 centim. environ de l'orifice vulvaire.

Examen bactériologique du pus. — L'examen direct et les cultures montrent seulement le streptocoque. Un centimètre cube de pus a été inoculé dans le ventre d'un lapin et un autre centimètre cube dans la veine de l'oreille du même animal. Le lapin n'a pas succombé. Un centimètre cube du bouillon de culture a été inoculé dans la veine de l'oreille d'un autre lapin qui est mort de septicémie aiguë.

Obs. III. — S..., 28 ans. Pas d'accouchement ni de fausse couche. En novembre 1892, pertes de sang abondantes en dehors de ses règles, durant trois mois. Anémie consécutive. En décembre 1893, douleurs dans le côté gauche, empêchant la malade de marcher. Pertes blanches. Pas de pertes rouges. Syncopes fréquentes. La malade rentre alors à la Maternité et y reste jusqu'au mois de mars; elle y subit un curettage utérin qui semble avoir été le départ d'une infection nouvelle. En effet, la malade a souffert beaucoup et a gardé continuellement le lit chez elle depuis sa sortie de l'hôpital. Fièvre, frissons. Etat général mauvais à son entrée à l'hôpital, le 18 mai 1894. Insomnie, langue chargée, facies jaune, émacié.

Au toucher, sous chloroforme, on trouve l'utérus placé en avant d'une masse dure qui remplit le petit bassin et s'élève à gauche dans la fosse iliaque jusqu'au niveau de l'épine inférieure. Cette masse est très adhérente au corps utérin et à la paroi pelvienne. Diagnostic : suppuration pelvienne.

18 mai. Hystérectomie vaginale. Opération très difficile au cours de laquelle il s'est écoulé au moins un verre à Bordeaux de pus jaune verdâtre.

Guérison opératoire. Fistule rectale survenue le treizième jour après l'opération, guérie spontanément, presque complètement, un mois plus tard.

Examen bactériologique. — L'examen direct a permis de constater l'existence de nombreuses chaînettes de streptocoques. Sur les cultures, l'on obtient de fort belles colonies de streptocoques à l'état de pureté.

J'ai encore vu chez mon maître M. Monod deux fistules stercorales, mais cette fois on ne pouvait incriminer les pinces, puisqu'il n'y en avait pas. Ces fistules étaient survenues après une laparotomie pratiquée à deux malades atteintes de suppuration à streptocoque chez l'une, à bactérium coli chez l'autre, toutes deux d'ailleurs à marche tellement envahissante que la mort est survenue malgré l'ouverture du foyer.

Obs. IV. — B..., âgée de 33 ans, journalière, entrée le 13 février 1893, salle Cruveilhier, n° 12, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le Dr Monod. Rien à noter dans les antécédents.

Le 28 janvier dernier, la malade accouche à terme d'un enfant mort-né. Pertes peu abondantes. Trois jours après, frissons, fièvre et douleurs dans la fosse iliaque gauche.

16 février. État actuel : facies pâle, traits tirés, T. le matin 37°, atteignant le soir jusqu'à 39°. Douleur vive dans la fosse iliaque gauche, exagérée à la pression. La palpation permet de constater dans la fosse iliaque gauche l'existence d'une tumeur nettement délimitable, parallèle à l'arcade crurale, large de trois travers de doigt, s'étendant transversalement de la moitié du pubis jusqu'à deux travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure, adhérente à la paroi, de consistance dure, à contours indécis,

offrant en un mot tous les caractères du plastron abdominal.

Au toucher, on trouve le col entr'ouvert et l'utérus en antéversion porté à droite. Les culs-de-sac postérieur et latéral droit sont libres et souples. Le cul-de-sac gauche n'est pas effacé, mais, en déprimant légèrement, le doigt sent une tumeur dure, résistante et volumineuse En combinant le palper au toucher, on reconnaît qu'il s'agit d'une masse elliptique assez lisse, non complètement immobile, bien qu'adhérente à la paroi abdominale vers l'arcade crurale.

Cette tumeur, développée surtout dans la fosse iliaque qu'elle remplit, remonte jusqu'au-dessus de l'ombilic et repousse à droite l'utérus au bord gauche duquel elle adhère, mais sans se confondre avec lui.

Le mode d'apparition de la tumeur, son volume, sa dureté, l'existence du plastron abdominal font diagnostiquer un phlegmon du ligament large.

Le 18. Incision sous chloroforme, au-dessus de l'arcade crurale gauche. La peau, qui d'ailleurs n'est nullement enflammée, l'aponévrose, le plan musculaire, sont successivement incisés; on arrive aussitôt sur le foyer ; issue d'une grande quantité de pus. Grand lavage, suture partielle de la plaie. Large drainage.

Le 19. La température est tombée aussitôt, mais cette nuit la malade a été en proie à une diarrhée incoercible : ce matin deux selles sanglantes.

Ce soir le pansement est refait et il semble que quelques matières sortent par la plaie.

Le 20. Il existe réellement une fistule stercorale qui s'est produite secondairement.

Le 25. La malade perd ses matières par la plaie et se cachectise. T. matin 38°, 38°,5.

3 mars. Depuis quelques jours, la malade a contracté une angine suspecte grave avec ulcération et fausses membranes.

D'autre part, la suppuration est abondante et la fistule n'a aucune tendance à s'oblitérer. Epuisée, la malade succombe quinze jours après l'intervention.

Autopsie. — Organes génitaux : *Utérus* gros, en antéversion. A la face postérieure, la muqueuse du corps est épaissie et rouge, lie de vin en un point : c'est là sans doute le point de départ de l'infection. Annexes droites saines. Ligament large sain.

A gauche, existe dans le ligament large, à sa partie supérieure, une poche purulente plus développée en dehors et au milieu de laquelle passent les vaisseaux utéro-ovariens. Cette poche adhérait en avant à la paroi abdominale et a été ainsi ouverte lors de l'opération. En haut, l'S iliaque lui est accolée et une large perforation s'est produite sur la paroi de ce segment intestinal. Enfin en bas et en dedans le feuillet postérieur du ligament large s'est laissé perforer et du pus, en petite quantité du reste, s'était écoulé dans le cul-de-sac postérieur. La poche est surmontée de la trompe normale. L'ovaire est également sain.

Reins, rate, cœur normaux.

Foie : placards rouge noirâtre de congestion et quelques îlots de dégénérescence graisseuse.

Ulcérations sur le voile du palais.

Obs. V. — B..., 18 ans. Accouchement, le 6 mai 1892, d'un enfant vivant venu à 7 mois. Étant enceinte, la malade avait une vaginite intense et des végétations vulvaires : quand on faisait le toucher en écartant les végétations, il sortait du pus en abondance.

L'accouchement a été facile, mais, immédiatement après, la malade a commencé à souffrir au niveau des annexes droites. Ces douleurs se sont un peu calmées et la malade a pu sortir le 20 mai de chez la sage-femme qui l'avait soignée. Mais la fièvre et les douleurs reparaissent bientôt et forcent la malade à entrer le 2 juin à l'hôpital St-Antoine, dans le service de M. le Dr Monod.

La malade se plaint de douleurs abdominales et de pertes blanches. La température est élevée et oscille entre 39° et 39°,6. Langue saburrale, un peu de *diarrhée ;* pas de troubles de la miction.

L'exploration permet de reconnaître l'existence d'une tumeur empâtée, développée au niveau des annexes droites, occupant toute la fosse iliaque droite et remontant jusqu'à l'ombilic.

18 juin 1892. Laparotomie médiane par M. le docteur Monod. L'opération est difficile ; il y a des adhérences intestinales multiples. On vide deux foyers purulents situés entre les anses intestinales du côté droit : le pus coule à flot. Drainage.

Une petite fistule survient le troisième jour. La malade meurt le 24 juin.

Sans entrer dans les détails de l'autopsie, je dirai simplement

que la fistule siégeait sur une anse intestinale, au niveau d'un des foyers suppurés ; parallèle à l'axe de l'intestin, elle mesurait 10 millim. de long sur 4 millim. de large.

L'examen bactériologique du pus a été pratiqué. Les cultures n'ont donné que du bacterium coli ; malheureusement l'examen direct n'a pas été fait et on ne peut dire s'il n'y avait pas de streptocoques.

En résumé, les suppurations à streptocoques, à marche aiguë, ont une tendance extrêmement envahissante. Elles cherchent à se faire jour soit vers l'extérieur, soit vers l'intérieur, dans l'intestin en particulier. La coexistence fréquente du streptocoque et du coli dans les suppurations pelviennes graves est une preuve des adhérences étroites qui se font entre la poche suppurée et la paroi intestinale. Celle-ci se ramollit et la collection peut se perforer spontanément dans l'intestin : le pus est alors évacué par l'anus. Que le chirurgien opère au moment où la perforation est sur le point de se produire, et une fistule recto-vaginale s'établira si la paroi amincie et flottante, par suite de l'évacuation de l'abcès qui la doublait en quelque sorte, ne peut supporter la pression intra-intestinale (gaz et matières).

La conclusion est que ni l'opération, ni l'opérateur ne doivent être accusés dans ces cas. La cause de la fistule réside dans la nature et dans l'état des lésions nécessitant l'intervention. Ce sont les suppurations aiguës à streptocoque pur ou associé au coli qui prédisposent le plus à la production de ces fistules intestinales.

En examinant avec soin les symptômes présentés par les malades, on pourra même prévoir parfois cette complication fâcheuse. Ainsi toute suppuration pelvienne, siégeant en particulier dans le cul-de-sac postérieur, revêtant une marche aiguë, s'accompagnant d'état infectieux, d'élévation de température et de *diarrhée*, devra éveiller l'attention du chirurgien au point de vue de la possibilité de fistules intestinales secondaires. L'opérateur, en se couvrant à temps, saura s'éviter ainsi de bien injustes récriminations.

DU TRAITEMENT DES COLLECTIONS PELVIENNES PAR L'ÉLYTROTOMIE POSTÉRIEURE INTERLIGAMENTAIRE, ET LE DRAINAGE PELVIEN PAR UN DRAIN DOUBLE A PAVILLON D'ARRÊT (1)

Par **J. La Bonnardière**, interne des hôpitaux de Lyon.

(Travail fait dans le service de M. le Dr VINCENT, chirurgien-major de la Charité, professeur agrégé à la Faculté.)

II. — Exposé des observations.

Nous avons résumé 80 observations de collections pelviennes, traitées, depuis près de trois ans, dans le service de M. Vincent par l'incision du cul-de-sac postérieur.

Nous ne pouvons songer à les donner toutes, les unes après les autres, d'une manière tant soit peu détaillée, ce serait augmenter outre mesure l'étendue de ce travail. Leur exposé complet n'aurait qu'un avantage, celui de montrer comment M. Vincent a été amené à pratiquer presque systématiquement pour toute collection pelvienne accessible par le cul-de-sac postérieur le drainage large, et les lavages antiseptiques répétés.

Dans plusieurs cas, surtout au début, M. Vincent s'était contenté du drainage à la gaze iodoformée. Il y a actuellement renoncé complètement; la plupart du temps, les mèches de gaze introduites dans la poche amenaient de la rétention et une élévation consécutive de la température. Le drainage avec son drain double à pavillon produisait, au contraire, un phénomène absolument inverse, la chute immédiate de la fièvre.

La plupart de ces observations se ressemblent. Toutes les malades traitées par l'incision et le drainage sont parties guéries ou en bonne voie de guérison.

Quelques-unes des opérées sont d'anciennes collections

(1) Voir n° de janvier, p. 45.

récidivées ; mais les seuls cas de récidive que nous ayons constatés se sont produits chez des malades traitées antérieurement par la ponction de Laroyenne ou l'incision sans drainage.

Plusieurs malades présentaient des poches secondaires ou multiples ; dans ces différents cas, M. Vincent a toujours complété l'incision du cul-de-sac postérieur par la rupture des adhérences et des parois des poches à la sonde de Reverdiu, aux ciseaux, ou à la sonde cannelée.

Le manque de développement de quelques observations ne nous permet pas de donner leur répartition exacte relativement à l'affection causale. Parmi les collections pelviennes traitées depuis près de trois ans par M. Vincent, les salpingites sont les plus nombreuses, viennent ensuite les hématocèles suppurées ou non, les pelvi-péritonites, les périmétrites, enfin quelques cas de kystes de l'ovaire, de grossesses extra-utérines, etc.

Nous nous bornerons à relater ici, comme exemples d'élytrotomie postérieure, quelques observations de collections pelviennes, particulièrement intéressantes, soit parce qu'il nous a été donné de constater, *de visu*, le résultat quelques mois ou quelques années après l'opération, dans le recensement des malades opérées que nous avons fait tout dernièrement, soit à d'autres points de vue (récidives d'anciennes collections ponctionnées, etc.).

OBS. 4. — *Hématocèle rétro-utérine. Incision et drainage du cul-de-sac postérieur. Guérison maintenue plus de deux ans.* — Marie G..., rentrée en janvier 1893.

Symptômes. — Un avortement, il y a deux mois. Depuis, pertes rouges. Hématocèle encastrant l'utérus et remplissant le cul-de-sac postérieur.

13 janvier. Incision. Évacuation de sang et de caillots. Tamponnement à la gaze.

Les jours suivants, fièvre.

Le 25. Rupture d'adhérences enserrant un nouvel abcès.

Lavages quotidiens. *Drainage par deux drains en croix.*

1er mars. Depuis le drainage, chute complète de la fièvre. La malade part. Toujours un peu d'induration dans le cul-de-sac postérieur.

Résultats éloignés. — Revue en septembre 1895. Bonne santé depuis son départ. Pas de grossesse. Pas de douleurs abdominales. Pertes blanches.

A l'examen, on trouve de la métrite, et une légère induration dans le cul-de-sac postérieur.

Obs. 6. — *Périmétrite. Incision du cul-de-sac postérieur. Guérison maintenue pendant plus de deux ans.* — Rose P..., rentrée en janvier 1893.

Symptômes. — Périmétrite. Plusieurs foyers, un à droite, un à gauche, un dans le cul-de-sac postérieur.

Traitement. — Incision arciforme dans le cul-de-sac postérieur, déchirure avec la sonde cannelée, bourrage à la gaze iodoformée.

Résultats éloignés. — Revue en septembre 1895. Bonne santé depuis son départ. Pas de grossesse. Pas de douleurs abdominales. Elle est dévideuse et fait marcher sa machine sans difficulté.

Au toucher, utérus en rétroversion.

Obs. 7. — *Ancienne pelvi-péritonite, traitée il y a deux ans, par la ponction de Laroyenne. Récidive. Incision du cul-de-sac postérieur. Guérison.* — Marie G..., entrée en février 1893.

Symptômes. — A subi, il y a deux ans, à la Charité, une ponction de Laroyenne pour pelvi-péritonite. Depuis, persistance des douleurs hypogastriques.

Actuellement, collection dans le cul-de-sac postérieur.

4 février. Incision au bistouri du cul-de-sac postérieur. Évacuation de la collection. Lavages quotidiens. Mèche de gaze dans l'intervalle.

17 mai. Utérus libre, mobile. La malade part.

Obs. 9. — *Périmétrite. Incision du cul-de-sac postérieur. Exploration de la cavité de Douglas. Ouverture d'une deuxième poche plus profonde. Drainage. Guérison.* — Hortense B..., entrée en février 1893.

Symptômes. — Douleurs hypogastriques depuis un accouchement, il y a trois mois. Actuellement empâtement des culs-de-sac postérieur et latéral droit.

21 février. Incision du cul-de-sac postérieur.

Évacuation de sang louche. Ouverture d'une deuxième poche, plus profonde, renfermant du pus grumeleux.

Drain en croix. Lavages.

8 avril. La malade part.

Obs. 14. — *Suppuration pelvienne. Incision du cul-de-sac postérieur. Guérison maintenue pendant plus de deux ans.* — Marie L..., entrée le 3 mai 1893.

Pelvi-péritonite, probablement post-abortive.

Incision du cul-de-sac postérieur. Évacuation de pus. Drainage à la gaze. Lavages antiseptiques.

Revue en septembre 1895. Bonne santé depuis son départ, sauf quelques douleurs abdominales, par intervalles. Pas de grossesse depuis son opération. Elle peut tout à son aise, marcher, vaquer à ses occupations.

Obs. 20. — *Ancienne collection traitée par la ponction. Récidive. Incision du cul-de-sac postérieur. Deuxième récidive. Inconvénients de la ponction simple, et de l'incision sans drainage consécutif.* — Andrée R..., 23 ans, entrée le 26 septembre 1893.

A subi, à Paris il y a quelques mois, une ponction vaginale pour collection pelvienne.

Actuellement, au toucher, on trouve une collection dans le cul-de-sac postérieur.

12 septembre. Incision du cul-de-sac postérieur au bistouri, évacuation de pus fétide. Lavages. Crayon iodoformé.

1er octobre. Douleurs abdominales. La poche s'est refermée, on met une tige de laminaire dans le trajet.

Le 2. On retire la tige de laminaire. Évacuation abondante de pus fétide.

Obs. 32. — *Ancienne ponction de Laroyenne. Récidive. Collection pelvienne ouverte spontanément dans le rectum. Incision du cul-de-sac postérieur. Drainage à la gaze. Élévation consécutive de la température. Suppression du drainage à la gaze.* — Jeanne F..., 32 ans, entrée le 13 mars 1894.

Il y a un an et demi, a subi une ponction de Laroyenne pour salpingite.

Actuellement, au toucher, grosse collection très dure, remplissant tout le cul-de-sac postérieur.

Le toucher rectal fait constater une fistule qui laisse écouler du pus.

14 mars. Incision du cul-de-sac postérieur.

Drainage à la gaze.

Le 17. Élévation de température, due sans doute à la rétention produite par la mèche de gaze. On enlève la mèche et on la remplace par un drain.

Obs. 50. — *Collection pelvienne. Incision du cul-de-sac postérieur. Récidive. Incision et drainage. Fistule recto-vaginale. Guérison maintenue pendant plusieurs mois.* — Madeleine B..., 29 ans, entrée le 13 octobre 1894.

Symptômes. — Collection pelvienne dans le cul-de-sac postérieur.

17 octobre. Incision au bistouri. Dilatation au Reverdin. Évacuation de sang et de caillots. Drainage à la gaze.

17 novembre. Ouverture d'une deuxième poche. Drainage à la gaze.

15 janvier. La malade revient. Nouvelle collection. Incision. Évacuation de pus. Drainage avec un drain double à pavillon.

1er février. Le drain laisse passer des matières fécales.

13 avril. Bonne santé. Utérus mobile. La malade part.

Revue en septembre 1895. Bonne santé depuis son départ. Par intervalles, légère douleur au niveau du flanc gauche. La marche et les rapports sexuels ne sont pas douloureux. Règles normales depuis mai 1895. Pas de grossesse depuis son opération. Pas de pertes blanches, ni rouges.

A l'examen, on trouve, au niveau du cul-de-sac latéral gauche. une masse du volume d'une petite mandarine, indépendante de l'utérus, et légèrement douloureuse à la pression.

Obs. 51. — *Salpingite gauche suppurée. Incision du cul-de-sac postérieur. Drainage avec un drain double à pavillon. Guérison maintenue pendant près d'un an.* — Antoinette D..., 40 ans, entrée le 17 octobre 1894.

Symptômes. — Il y a un mois, avortement probable. Depuis, douleurs hypogastriques.

A l'examen, collection pelvienne dans le cul-de-sac gauche.

23 octobre. Incision du cul-de-sac postérieur. Évacuation de pus. Lavage. Drain double à pavillon.

14 novembre. Suppuration tarie. Ablation du drain.

21. On a enlevé trop tôt le drain Nouvelle tuméfaction dans le cul-de-sac gauche. Incision. Lavage. Drain double à pavillon.

27 décembre. Part guérie.

Revue en septembre 1895. Bonne santé depuis son départ. Menstruation normale actuellement. Les rapports sexuels ne sont pas douloureux. Pas de grossesse. Pas de douleurs hypogastriques.

A l'examen, rien d'anormal.

Obs. 52. — *Pelvi-péritonite suppurée. Incision. Drainage. Ouverture d'une deuxième poche. Guérison constatée sept mois après la sortie de l'hôpital.* — B..., 36 ans, entrée le 20 décembre 1894.

Symptômes. — Pelvi-péritonite post-puerpérale. Collection dans le cul-de-sac postérieur.

22 décembre. Incision du cul-de-sac postérieur. Évacuation de pus. Lavage. Drain double à pavillon.

23 janvier. On trouve une deuxième poche, peu volumineuse ; on l'incise. Évacuation de quelques gouttes de pus.

23 février. La malade part guérie.

Revue en septembre 1895. Bonne santé. Elle a notablement engraissé depuis son opération.

Quelques pertes blanches. Pas de douleurs abdominales. La marche, les rapports sexuels ne sont pas douloureux. Pas de grossesse depuis son départ de l'hôpital.

Obs. 53. — *Périmétrite suppurée. Incision du cul-de-sac postérieur. Drainage à la gaze. Guérison constatée plusieurs mois après l'opération.* — Marie R..., 35 ans, entrée le 22 décembre 1894.

Symptômes. — A l'examen on trouve une collection pelvienne remplissant le cul-de-sac postérieur et les culs-de-sac latéraux.

Incision du cul-de-sac postérieur. Évacuation de sérosité. Lavage au Reverdin. Drainage à la gaze.

Pendant les semaines suivantes, suppuration fétide.

23 février. La malade part.

Revue en septembre 1895. Etat général satisfaisant. Pas de douleurs abdominales spontanées ou provoquées. Pas de grossesse depuis l'opération. Les rapports sexuels ne sont pas douloureux.

Obs. 54. — *Pelvi-péritonite. Incision et drainage du cul-de-sac postérieur. Cautérisation de la poche à la teinture d'iode. Guérison constatée plusieurs mois après l'opération.* — Pauline C..., 32 ans, entrée le 27 décembre 1894.

Symptômes. — Depuis un mois, douleurs hypogastriques. A l'examen, collection pelvienne, remplissant les culs-de-sac postérieur et latéraux.

28 décembre. Incision aux ciseaux du cul-de-sac postérieur, M. Vincent se sert des ciseaux fermés à la façon d'une sonde cannelée pour pénétrer dans la poche. Puis, il retire les ciseaux ouverts, de manière à agrandir l'orifice. Grand lavage avec la sonde de Reverdin.

Injection de teinture d'iode. Drain double à pavillon.

6 août 1895. Ablation du drain.

Revue en septembre 1895. Bon état général. Pertes blanches, quelques douleurs hypogastriques au moment des règles. Pas de douleurs abdominales sous l'influence de la marche ou de fatigues quelconques.

Obs. 55. — *Ancien abcès pelvien. Incision du cul-de-sac postérieur. Drainage à la gaze. Guérison maintenue pendant plusieurs mois.* — Louise P..., entrée le 19 janvier 1895.

Symptômes. — Un accouchement, il y a deux mois. Depuis, fièvre légère, pertes rouges et blanches, douleurs hypogastriques. A l'examen, collection pelvienne en arrière de l'utérus.

Opération, 23 janvier. — Incision du cul-de-sac postérieur. On trouve un vieil abcès, en partie résorbé. Évacuation de grumeaux de pus. Injection de teinture d'iode dans la poche.

Drainage à la gaze iodoformée.

27 mars. Tout signe d'abcès a disparu. La malade part.

Revue en septembre 1895. Bonne santé depuis l'opération.

A l'examen, on trouve l'utérus rétrofléchi, et on sent les annexes dans le cul-de-sac postérieur.

La rétroversion est réductible. Depuis, amélioration notable par le port d'un pessaire.

Obs. 58. — *Pelvi-péritonite. Incision aux ciseaux dans le cul-de-sac postérieur. Drainage. Guérison.* — Marie P..., 33 ans, entrée le 11 mai 1895.

Symptômes. — A l'examen, collection pelvienne remplissant le cul-de-sac postérieur.

15 mai. Incision du cul-de-sac postérieur. Évacuation de pus. Drainage avec un drain double à pavillon.

22. Suppuration très diminuée.

22 juin. Part guérie.

Revue le 24 juillet 1895. — Depuis son départ, la malade a repris son train de vie ordinaire.

Persistance de quelques douleurs sourdes dans la fosse iliaque droite.

A l'examen, utérus mobile, cul-de-sac postérieur normal, souple ; un petit noyau dans le cul-de-sac latéral droit.

Obs. 60. — *Hématocèle suppurée. Incision du cul-de-sac postérieur. Drainage.* — Valentine B..., 25 ans, entrée le 10 juin 1895.

Symptômes. — Collection pelvienne, du volume d'une mandarine, remplissant tout le cul-de-sac postérieur.

11 juin. Incision du cul-de-sac postérieur.

Évacuation de pus. Drain double à pavillon.

Le 17. Diminution progressive et rapide de la suppuration.

Le 24. Ablation du drain. Départ.

Revue le 17 juillet 1895. Bon état général. A l'examen, rien d'anormal, sauf une petite masse, de la grosseur d'un petit œuf de poule, au niveau de la trompe droite.

Obs. 67. — *Ancienne ponction de Laroyenne, fistule consécutive. Cachexie et albuminurie. Incision du cul-de-sac postérieur. Drainage.* — Tob..., 28 ans, entrée en juillet 1895.

Symptômes. — A subi, il y a six mois, une ponction de Laroyenne pour suppuration pelvienne. Comme soins consécutifs, simples lavages de la poche, et lavages vaginaux. Pas de drainage. Les lavages de la poche à la sonde de Reverdin avaient été cessés de bonne heure.

Actuellement, la malade rentre, amaigrie, émaciée, elle a la figure bouffie.

A l'examen des urines, on trouve un disque épais d'albumine.

Au toucher vaginal, on trouve dans le cul-de-sac postérieur, l'orifice fistuleux, laissant tout juste admettre l'extrémité fermée d'une sonde de Reverdin.

Traitement. — Incision du cul-de-sac postérieur. Drainage avec un drain double à pavillon, injections iodées. Régime lacté pour son albuminurie.

La suppuration diminue progressivement. En août 1895, on enlève le drain, et la malade part. État général très amélioré.

III. — Conclusions pratiques.

1° **Indications et contre-indications.** — Il est facile de voir d'après cet exposé d'observations que le drainage pelvien trouve son application dans des affections assez différentes : pelvi-péritonite, hématocèle, pyo-salpynx, etc... Mais, quelle que soit l'affection initiale, toutes ses indications peuvent se résumer dans une seule formule générale :

« *Toute collection pelvienne suppurée, accessible par le cul-de-sac postérieur, et ayant résisté au traitement médical est justiciable de l'élytrotomie interligamentaire postérieure, suivie de drainage.* »

Cette définition n'élimine ni les collections de siège latéral abordables par le cul-de-sac de Douglas, ni les hématocèles infectées qui sont passibles de l'ouverture chirurgicale au même titre que les pleurésies séreuses devenues purulentes relèvent de l'empyème; on ne peut l'accuser de trop de hardiesse, car elle indique comme pierre de touche l'inefficacité préalable du traitement médical, et attend, pour intervenir, que le pus soit collecté.

Enfin, quelles que soient les lésions, on ne peut, en aucun cas, taxer cette méthode d'insuffisance ou de demi-moyen; si, dans quelques cas graves, heureusement rares, les trompes et les ovaires doivent être sacrifiés, s'il faut enlever l'utérus englobé dans une véritable éponge purulente, l'élytrotomie interligamentaire postérieure sera le préliminaire obligatoire de l'ovariotomie vaginale de M. Picqué, ou de l'hystérectomie vaginale de M. Péan. Ce n'est qu'après l'exploration digitale, directe des lésions, que le chirurgien pourra décider, en toute connaissance de cause, une intervention plus sérieuse que la simple élytrotomie.

2° **Des accidents opératoires.** — A en croire Pierre Delbet (1) et Hoffmeier (2), l'intervention par le vagin serait une

(1) Pierre Delbet. « En incisant ainsi derrière l'utérus, on s'expose à ouvrir le péritoine. On s'expose encore grandement à blesser l'uretère ainsi que des artères. »

(2) Hoffmeier. « Les complications augmentent quand l'abcès est situé sur

voie semée d'écueils. La blessure des uretères, des artères utérines, les hémorrhagies abondantes, difficiles à arrêter au fond du vagin, seraient des complications fréquentes. Pozzi (1) redoute le débridement vaginal de M. Laroyenne, à cause de la blessure possible d'anses intestinales agglutinées au fond du cul-de-sac de Douglas. Reverdin (2) a eu des accidents à la suite de ponctions avec le trocart de Laroyenne.

Mais il ne faut pas rendre l'élytrotomie responsable des méfaits de la ponction. Faite entre les deux ligaments utéro-sacrés, en procédant couche par couche, avec un bon éclairage, sur une malade placée de telle sorte que les intestins ne viennent pas faire saillie dans le cul-de-sac de Douglas (3), l'incision du cul-de-sac postérieur ne peut blesser aucun organe important. D'ailleurs, les seuls accidents relatés dans nos observations sont des hémorrhagies légères, par blessure, sans doute, de la branche anormale de la vaginale, qui irrigue quelquefois la paroi postérieure du vagin, et sur laquelle MM. Durand et Commandeur (4) ont, tout nouvellement, attiré l'attention.

3° **Des résultats et des complications.** — Les cas justiciables de l'élytrotomie avec drainage sont trop différents les uns des autres pour qu'il soit possible de préciser mathématiquement, pour telle ou telle date, la guérison et le retour ad integrum. Vouloir englober les résultats de l'élytrotomie dans une formule générale nous éloignerait fatalement de la vérité. Nous ne pouvons qu'analyser les cas particuliers et conclure par

---

les bords de l'utérus ou très loin du vagin, à cause du danger qu'il y a de blesser l'uretère ainsi que des gros vaisseaux. »

(1) Pozzi *Traité de gynécologie. Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, avril 1886.

(2) Reverdin. Communication à la *société de chirurgie*, décembre 1888

(3) Le meilleur moyen d'éloigner les intestins du cul-de-sac de Douglas consiste à soulever fortement le bassin au moyen d'un coussin, où à placer l'opérée sur un lit incliné de Trendelenburg.

(4) Durand et Commandeur. Communication sur une branche anormale de la vaginale. *Société des sciences médicales de Lyon*, mai 1895.

analogie. La très grande majorité des observations nous indique :

a) *Comme résultats immédiats :* la chute de la température, sitôt la poche purulente évacuée, la suppression progressive de la suppuration ; enfin la disparition de la cavité.

b) *Comme résultats éloignés :* la guérison et la sortie de la malade, après un temps variable. C'est ordinairement 4, 6 ou 8 semaines après l'opération que la malade peut quitter l'hôpital et reprendre ses occupations.

c) *Comme résultats définitifs :* la persistance de la guérison, un an, deux ans après l'opération.

Les malades revues dans ces conditions, affirmaient toutes avoir repris leur train de vie ordinaire. Elles pouvaient marcher à leur aise, vaquer à leurs occupations, accomplir normalement les rapports sexuels. Plusieurs présentaient encore, douze ou vingt mois après l'opération, une induration persistante au niveau du cul-de-sac postérieur ou d'un cul-de-sac latéral, sans signes de collection véritable.

Nous regrettons de n'avoir pu rencontrer des malades opérées depuis plusieurs années. Il nous a été également impossible de trouver un seul cas de grossesse actuelle chez les malades qui avaient subi, il y a plus ou moins longtemps, l'incision du cul-de-sac postérieur.

Quant aux complications, elles sont restées jusqu'ici à l'état de pure hypothèse.

Aucune des opérées de M. Vincent n'a présenté de poussées de pelvi-péritonite, pendant les jours qui ont suivi l'intervention.

Quelques-unes de nos observations signalent la persistance de la suppuration et les fistules consécutives, mais ces inconvénients ne sont relatés que chez des malades traitées par la simple ponction de Laroyenne, ou par l'incision timide, sans drainage véritable.

De même, les quelques cas de récidives signalés dans nos observations ne concernent que des femmes traitées uniquement par le débridement de Laroyenne, sans drainage pelvien et sans injections modificatrices.

Nous pouvons donc reconnaître à cette méthode deux grands avantages :

1° *Sa bénignité.* — Nous n'avons à signaler ni décès, ni complication grave chez aucune des malades traitées par l'élytrotomie avec drainage pelvien.

2° *Son efficacité.* — Elle est suivie d'une guérison réelle, sans récidive. Ce n'est donc pas une méthode palliative, mais bien une opération curative, à résultats durables et définitifs.

4° **Comparaison avec les autres méthodes.** — Pour montrer les avantages de l'élytrotomie avec drainage, il est inutile de la mettre en parallèle avec tous les modes d'intervention proposés dans les suppurations pelviennes (1). La plupart d'entre eux manquent d'ailleurs de statistique suffisante. Il suffit de la comparer aux trois procédés principaux actuellement en usage (2) : hystérectomie, laparotomie, ponction de Laroyenne.

Cette comparaison nous amène aux conclusions suivantes :

1° L'incision vaginale avec drainage substitue une opération bénigne, toujours praticable, malgré un état général mauvais, à des interventions graves (laparotomie, hystérectomie), souvent hors de propos avec les symptômes observés. Sa mortalité est nulle, celle des autres opérations est très appréciable (10 p. 100 dans la laparotomie).

2° *C'est une opération essentiellement conservatrice*, car elle n'enlève pas à la femme ses organes génitaux. La castration chez la femme ne doit pas être une opération de pure complaisance, elle peut avoir des effets déplorables au point de vue psychique; d'ailleurs, des femmes atteintes de collections pelviennes ne sont pas vouées fatalement à la stérilité

(1) Voir Traitement chirurgical des suppurations pelviennes. BONNET. *Gaz. des hôpitaux*, 1892.

(2) Voir VALLAS. Traitement des suppurations intra-pelviennes. *Province médicale*, 1891.

(Gouilloud (1), Doléris (2), Fraipont (3), Isaac (4), Jacobs (5).

3° Dans l'immense majorité des cas, elle amène une guérison complète, définitive; pas de fistules, pas de récidives; elle n'est donc pas passible des reproches qu'on a adressés à la ponction, même accompagnée du débridement vaginal.

4° Enfin, son avantage sur la méthode du professeur Laroyenne est que, sans exiger d'outillage spécial, elle est tout aussi facile à pratiquer, ne procède pas à l'aveugle, n'expose à aucun accident, et, de plus, permet l'évacuation complète du pus, la cautérisation de la paroi de la poche, l'exploration digitale de la cavité de Douglas.

Il ne s'agit donc pas ici d'une vieille méthode opératoire, momentanément sortie de l'oubli, elle s'appuie sur des idées toutes modernes, et n'est, en somme, qu'une application particulière aux abcès pelviens des doctrines antiseptiques.

REVUE GÉNÉRALE

LA SEPTICÉMIE PÉRITONÉALE AIGUE POST-OPÉRATOIRE

Par **Henri Hartmann**.

Chaque jour de nouveaux travaux nous montrent que le résultat des interventions opératoires dépend de plus en plus de l'opérateur.

---

(1) GOUILLOUD. Du débridement vaginal des collections pelviennes et communication au *Congrès de Lyon*, 1894.

(2) DOLÉRIS. *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, mars 1892.

(3) FRAIPONT (de Liège). *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, novembre 1894.

(4) ISAAC. De la grossesse consécutive aux traitements conservateurs dans les affections inflammatoires des annexes. *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*, juin et juillet 1895.

(5) JACOBS. 12 cas de grossesse après salpingo-ovarite et pelvi-péritonite suppurée. *Archives de tocologie*, août 1895.

Nous comprenons le sentiment qui anime bon nombre de chirurgiens lorsqu'ils cherchent à se disculper de leurs désastres opératoires et à les mettre sur le compte de causes dont ils ne sont pas les maîtres, mais nous pensons qu'avant tout il faut accuser le chirurgien de ses mécomptes c'est le meilleur moyen que nous possédions d'améliorer nos résultats en pratique.

On n'en est plus à l'époque où l'on voyait dans les épidémies d'accidents infectieux, un fléau de Dieu ; mais il y a peu de temps encore, on avait trop de tendance à attribuer les morts post-opératoires à l'aggravation de propathies existantes.

A l'heure actuelle nous voyons toujours paraître des statistiques où l'on incrimine d'une manière un peu exagérée le choc opératoire. Le fait se produit surtout à propos des opérations abdominales où l'on observe encore malheureusement de temps à autre des morts rapides.

Nous ne nierons pas l'existence du choc opératoire. Bien que dans la cause des décès presqu'immédiats il faille faire la part de l'intoxication par l'anesthésique, de l'hémorrhagie, quelquefois des troubles cardiaques, nous admettons qu'il y ait des malades chez lesquels l'ébranlement nerveux semble occuper le premier plan.

Et quand bien même la clinique ne nous montrerait pas des cas nets de choc opératoire, l'expérimentation est là qui établit d'une manière irréfutable la réalité des phénomènes de choc péritonéal (1).

Ce que nous contestons c'est la fréquence du choc que nous voyons trop souvent invoquée par les chirurgiens. Lorsque l'opéré s'est bien réveillé et que les phénomènes graves se développent au bout de dix à vingt quatre heures, alors même que la mort survient dans les trente-six heures

(1) Reynier et Ch. Richet ont expérimentalement établi par des injections la réalité du choc péritonéal (*Académie des sciences*, séance du 24 mai 1380). Les effets du choc abdominal étaient déjà connus depuis longtemps.

qui suivent l'intervention, nous croyons qu'il faut laisser le choc de côté.

Certes à l'autopsie on ne trouve souvent rien ou presque rien, un intestin légèrement météorisé, un peu vascularisé, un péritoine qui ne contient qu'un peu de sérosité sanguinolente dont la présence s'explique d'ailleurs facilement par le fait même de l'opération.

Il n'y a pas de grosses lésions, partant pas de péritonite, dit souvent le chirurgien qui veut conserver sa réputation d'opérateur aseptique.

Que dans ces cas on recueille la sérosité péritonéale, qu'on en fasse l'examen bactériologique et l'on y trouvera des germes pathogènes qui quelquefois même ont déjà pénétré dans le sang. En présence d'une infection suraiguë le péritoine n'a pas eu le temps de se défendre, il n'y a pas eu de péritonite au sens anatomique du mot, mais en pareil cas il y a *infection septique grave.*

Ces faits sont cliniquement connus depuis longtemps. Dès 1880, un interne du professeur Duplay, M. Levrat, a nettement attribué, en pareil cas, la mort des malades à une absorption de produits septiques par la séreuse abdominale (1). La démonstration bactériologique du fait manquait toutefois. Elle vient d'être fournie par M. Jayle dans un travail des plus intéressants qu'il a intitulé : *De la septicémie péritonéale aiguë post-opératoire* (2).

Dans une de ses observations il s'agit d'une femme, qui meurt trente-six heures après une hystérectomie abdominale. Le ventre est rouvert cinq minutes après la mort : pas de grosses lésions macroscopiques. Un peu de sérosité péritonéale est recueillie, examinée et ensemencée ; de même le sang du cœur. Or la sérosité renfermait du streptocoque et

---

(1) LEVRAT. *Contribution à l'étude de la septicémie péritonéale après l'ovariotomie.* Thèse de Paris, 1880, n° 13.

(2) JAYLE. *De la septicémie péritonéale aiguë post-opératoire.* Thèse de Paris, 1894-1895, n° 269.

du staphylocoque et le sang contenait déjà du streptocoque ; c'est le plus bel exemple d'infection suraiguë qu'on puisse citer.

*
* *

L'idée que bon nombre de cas, dits de choc traumatique, sont en réalité des septicémies péritonéales n'est pas absolument nouvelle. Dès 1876 Wegner l'admettait (1). Pawlowsky, en 1889, montre par des recherches expérimentales que dans certains cas, la réaction péritonéale n'a pas le temps de se faire et qu'alors on trouve des microbes en masse, comme dans des cultures pures (2). En 1891, A. Fränkel, étudiant les infections du péritoine, montre que si l'animal est atteint d'intoxication septique suraiguë il meurt dans l'espace de quelques heures, ne présentant à l'autopsie que des lésions minimes ou nulles. Si la mort survient en vingt-quatre ou trente-six heures, les lésions macroscopiques sont à peine appréciables et consistent en un léger exsudat et quelques dépôts fibrineux épars, mais l'examen bactériologique permet de déceler de nombreux microbes dans le péritoine et dans le sang. Si l'animal résiste trois à quatre jours on trouve les lésions de la péritonite purulente aiguë (3).

Dans son travail, M. Jayle a examiné 14 cas de septicémie péritonéale aiguë post-opératoire. Le microbe le plus souvent

---

(1) WEGNER (F.). Chirurgische Bemerkungen über die Peritonealhöhle mit besonderer Berücksahtigung der ovariotomie. *Arch. f. klin. Chir.*, 1878, t. XX, p. 51-145.

(2) PAWLOWKY. Zur Lehre von der Ætiologie der Entschungsweise und den Formen der acuten Peritonitis *Arch. f. path. Anat.* Berlin, 1889, t. CXVII, p. 469. — Bien avant la découverte des microbes pathogènes de la péritonite, dès 1868, Joly, voyant à la suite d'expériences sur le péritoine de lapins, l'animal succomber sans présenter de lésions suffisantes pour expliquer la mort, invoquait la résorption de produits ayant subi la formation putride (JOLY. *Quelques expériences sur le péritoine des animaux.* Th. de Paris, 1868, nº 272).

(3) FRANKEL (A.). Ueber peritoneale Infection. *Wiener klin. Woch.*, 1891, p. 241, 265 et 282.

rencontré a été le streptocoque. Il existait sept fois, une fois seul, trois fois associé au staphylocoque, une fois à des microbes indéterminés, une fois au coli-bacille, une fois à des microcoques indéterminés et au coli-bacille. Le staphylocoque a été trouvé quatre fois à l'état isolé et une fois associé au coli-bacille ; le coli-bacille seul une fois et le vibrion septique une fois.

*
* *

Pourquoi l'infection péritonéale revêt-elle, dans certains cas, les allures, particulièrement graves, de la septicémie péritonéale aiguë, alors que l'expérimentation démontre que l'introduction de microbes, même pathogènes, en suspension dans un liquide non irritant, dans un péritoine *sain* ne donne pas naissance à la péritonite ?

C'est, nous dit M. Jayle, qu'il faut l'entrée en jeu de deux facteurs : le microbe et l'irritation de la séreuse. En cela il est d'accord avec Tavel et Lanz (1), qui n'hésitent pas à dire que pour que les bactéries agissent sur le péritoine et qu'elles provoquent les symptômes d'une péritonite bactérienne, il faut que la péritonite existe déjà. Il n'y aurait pas de péritonite bactérienne primitive parce qu'une séreuse normale, grâce à sa faculté de résorption, résorbe les microbes injectés ou ne se laisse pas attaquer par ces derniers. Il faut que la séreuse soit d'abord irritée et enflammée.

Ces faits expérimentaux nous expliquent pourquoi on n'observe guère la péritonite post-opératoire qu'à la suite d'opérations ayant nécessité des manœuvres intra-péritonéales prolongées.

Trois éléments sont, en somme, à considérer :

1° La virulence de l'agent pathogène ;

2° Le milieu de culture ;

3° Le terrain ;

(1) TAVEL et LANZ. Ueber Ætiologie des Peritonitis. *Mittheilungen aus kliniken und medicinischen Instituten des Schweiz*. Bâle, 1893.

1° *Virulence.* — M. Jayle insiste sur ce fait banal qu'un même germe pathogène est susceptible des plus grandes variations de virulence et que l'introduction d'un streptocoque virulent est beaucoup plus dangereuse que celle d'un streptocoque atténué. Le fait est évident, mais il faut bien savoir qu'un micro-organisme atténué peut retrouver sa virulence en changeant de milieu de culture. Le fait arrive en particulier au niveau du péritoine. M. Morax en a publié un exemple des plus nets. Un pneumocoque atténué, trouvé dans une trompe, devint des plus virulents à la suite de son inoculation dans le péritoine (1).

L'atténuation préalable d'un germe pathogène n'implique donc pas nécessairement sa non virulence dans le péritoine. Il manque du reste aux travaux faits sur les agents infectieux des péritonites un point important, la recherche des microbes anaérobies. Cette recherche s'impose aux expérimentateurs qui étudieront dorénavant les péritonites. Alors même que ces agents n'auraient aucune action directe sur le développement des péritonites, ce qui n'est actuellement pas démontré, ils en ont à peu près certainement une sur la virulence des microbes auxquels ils sont associés.

Les recherches d'Achalme nous montrent en effet d'une manière évidente l'exagération des pouvoirs pathogènes du streptocoque sous l'influence de la putréfaction (2). Il en est des microbes anaérobies comme d'autres micro-organismes pathogènes qui, par leur association avec le streptocoque, déterminent une exaltation de sa virulence (3).

---

(1) Morax. Salpingo-ovarite double suppurée, à pneumocoques. *Annales de gynécologie*, 1893, t. I, p. 208.

(2) Pierre Achalme. *Considérations pathogéniques et anatomo-pathologiques sur l'érysipèle, ses formes et ses complications. Essai sur la virulence du streptocoque.* Th. de Paris, 1891-1892, n° 158.

(3) Roger a montré qu'on peut, par la voie sanguine, produire une septicémie chez le lapin avec un streptocoque atténué, si l'on a auparavant injecté à cet animal plusieurs centimètres cubes d'une culture filtrée de *bacillus prodigiosu.* Voir encore Achalme, *loc. cit.*

2° *Milieu de culture.* — Inutile d'insister sur ce fait que pour se développer les microbes ont besoin d'un milieu de culture. Le sérum, on le sait, constitue, à cet égard, un milieu des plus favorables. Ainsi s'expliquent l'importance de la toilette du péritoine et l'utilité du drainage, suivi ou non d'aspiration, lors de larges surfaces suintantes, résultant de la décortication de tumeurs adhérentes. La moindre inoculation d'agent infectieux risque de devenir grave, lorsque cet agent trouve pour se développer un bouillon de culture excellent comme le sérum sanguin maintenu comme dans une étuve à la température tiède du corps.

3° *Terrain.* — L'influence du terrain est moins immédiatement appréciable que celle du bouillon de culture. Elle existe néanmoins. L'expérimentation démontre, avons-nous dit, que l'introduction de microbes pathogènes, en suspension dans un liquide non irritant, dans un péritoine sain, ne donne pas naissance à la péritonite, ce qu'on explique par la puissance de résorption du péritoine et par le rôle des phagocytes. Moins le péritoine sera lésé, moins seront grandes les chances d'infection. De là l'explication de ce fait que les opérations faites en foyer limité, sans grandes manipulations intestinales, sont moins graves que celles où l'opérateur malaxe de nombreuses anses d'intestin. De là aussi l'explication de cet autre fait qu'il faut, comme le préconise depuis longtemps le professeur Terrier, proscrire les antiseptiques irritants et protéger les anses d'intestin par des compresses aseptiques, humides et tièdes.

Les lésions viscérales, dégénérescence graisseuse, diabète, albuminurie, etc., jouent enfin un rôle en diminuant la résistance de l'organisme et la rapidité de l'élimination des toxines résorbées, si bien que la même infection, qui, chez un sujet sain, ne détermine que quelques phénomènes inflammatoires légers, peut amener la mort d'un malade dont la résistance est diminuée et dont les viscères remplissent imparfaitement leur rôle protecteur.

*
* *

Les *lésions anatomo-pathologiques* de la septicémie péritonéale aiguë post-opératoire sont de deux ordres ; elles portent les unes sur le *péritoine*, les autres sur les *viscères*.

Les anses intestinales sont dilatées, souvent plus à l'autopsie que pendant le vivant ; elles présentent à leur surface de fines arborisations vasculaires, parfois un piqueté rougeâtre, toutes lésions qui sont plus marquées au voisinage du foyer opératoire que dans le reste du ventre. L'épiploon est lui-même vascularisé et un peu épaissi. Le péritoine a perdu son aspect lisse ; il est le plus souvent poisseux, un peu vascularisé et présente fréquemment des rudiments de fausses membranes qu'une recherche attentive seule permet de découvrir. Enfin il existe, dans le petit bassin, un épanchement séro-sanguinolent, formé d'une part, par un peu de sang, abandonné dans le ventre lors de l'intervention ou qui a suinté depuis, et d'autre part, par une exsudation péritonéale plus ou moins considérable.

Il n'y a, en un mot, que peu de lésions péritonéales, celles qu'on constate sont trop légères pour avoir été la cause d'une mort rapide et de symptômes graves.

Mais, dans le reste de l'organisme, on trouve les traces d'une infection générale : splénisation ou congestion simple des poumons, congestion et altérations graisseuses aiguës du foie, congestion des reins, quelquefois avec taches apoplectiques (Levrat), sérosité simple ou sanguinolente dans le péricarde et dans les plèvres, etc.

Les lésions viscérales les plus intéressantes sont celles qui portent sur le foie. Elles ont été étudiées récemment par Jayle et Thiercelin qui ont retrouvé dans la septicémie péritonéale aiguë les lésions décrites par Coze et Feltz, par Picot, etc., dans la septicémie expérimentale (1). Ces lésions sont essentiellement caractérisées par la dégénérescence aiguë.

(1) JAYLE et THIERCELIN. Dégénérescence graisseuse aiguë du foie chez les malades mortes, après laparotomie dans les premiers jours et sans lésions de péritonite suppurée. *Bull. de la Soc. Anatom.* Paris, 1894, p. 375,

Macroscopiquement les lésions sont peu marquées : on observe cependant tantôt des taches ecchymotiques sous-capsulaires et toujours des taches ou des points blanc jaunâtre de dimensions variables et siégeant de préférence de chaque côté du ligament suspenseur et sur le lobe gauche.

Au microscope, lorsque l'évolution a été rapide, on ne constate qu'un état trouble des cellules hépatiques avec disparition de la régularité des travées cellulaires et congestion vasculaire intense.

A une période plus avancée, apparaissent des granulations graisseuses dans les cellules environnant les espaces portes, formant là des zones de dégénérescence graisseuse qui s'anastomosent avec des zones semblables entourant les espaces portes voisins et isolant ainsi nettement les lobules ; les cellules, qui entourent la veine sus-hépatique, contiennent également des granulations graisseuses et ce sont les cellules de la partie moyenne du lobule qui sont le mieux respectées. Dans un troisième stade tout le lobule est envahi par la dégénérescence graisseuse.

Ces lésions hépatiques se manifestent cliniquement par une teinte subictérique que l'on observe dès le premier jour ou plus souvent le second qui suit l'opération.

*
* *

La symptomatologie de la septicémie péritonéale aiguë s'écarte de celle de la péritonite ordinaire. Après une première après-midi souvent assez calme, le malade commence à se plaindre de douleurs abdominales ; le pouls et la température s'élèvent, sans que toutefois il y ait une corrélation constante entre les deux. Jamais nous n'avons vu la température s'élever seule, le pouls restant normal, mais, dans quelques cas, nous avons vu une ascension considérable du pouls alors que le thermomètre ne marquait que 37° 5 ou 38°. En même temps le pouls est petit, sa fréquence peut atteindre 130, 140 pulsations, il devient alors incomptable. D'une

manière générale les élévations considérables du pouls après les opérations abdominales constituent un phénomène grave. Nous devons cependant dire que cette gravité nous a paru plus grande lorsqu'il n'y avait pas une élévation corrélative de la température et lorsque le ventre était fermé (1). Lorsque la température s'élève en même temps que le pouls, elle monte d'une manière progressive et peut atteindre un degré très élevé au moment de la mort (40° à 41°).

La respiration est le plus souvent augmentée de fréquence, elle présente des irrégularités, quelquefois même il y a de véritables accès de suffocation, au cours desquels la mort peut survenir. On croit à une embolie. C'est en réalité à une crise de dyspnée toxique qu'on a affaire.

La bouche et la langue sont sèches, la malade a une soif vive et cette soif est d'autant plus difficile à calmer que dès que la malade boit, elle est prise de nausées et de vomissements. Ceux-ci peuvent cependant manquer totalement, le plus souvent ils existent surtout dans les formes qui ne sont pas suraiguës; aqueux d'abord, ils deviennent bilieux, porracés, quelquefois noirâtres, et pouvant contenir du sang; d'une manière générale, lorsqu'ils surviennent, ils sont abondants et se font sans effort comme ceux de la péritonite en général.

La constipation et l'absence de gaz sont la règle, mais il n'y a là rien d'absolu et l'on peut voir survenir de la diarrhée.

Le ventre, le plus souvent ballonné, est sensible à la pression.

Le facies se modifie, se tire, prend une légère teinte jaunette, souvent très nette au niveau des conjonctives bulbaires.

---

(1) Plusieurs fois, en effet, après les opérations longues de salpingites suppurées, terminées par la pose d'un drain et d'une mèche de gaze, nous avons vu le pouls et la température monter d'une manière inquiétante (120 à 130 pulsations, 39°), puis tout s'arranger au bout de quelques jours, ce que nous n'avons jamais observé après suture totale de la paroi. Il y avait eu infection péritonéale, mais infection limitée et curable.

Les malades sont agités, quelquefois veulent sauter hors du lit. Mais là encore il n'y a rien d'absolu et l'on voit des opérées très calmes en apparence chez lesquelles des modifications du pouls, de la température, un léger ballonnement du ventre attirent seuls l'attention, et qui meurent rapidement après un ou deux vomissements.

Le tableau de la septicémie péritonéale aiguë peut, en somme, se résumer en disant que le plus souvent on se trouve en présence d'un mélange de symptômes infectieux et de symptômes péritonitiques ; suivant que les uns ou les autres de ces symptômes prédominent la maladie prend tel ou tel aspect.

La mort peut survenir dès le début du second jour, le plus souvent le troisième, exceptionnellement le quatrième. Plus tard on trouve à l'autopsie des manifestations nettes de réaction péritonitique, c'est à une péritonite vraie que l'on a affaire, ce n'est plus à la septicémie péritonéale aiguë.

*
* *

Le *traitement* de la septicémie péritonéale aiguë est avant tout un traitement *prophylactique.* C'est en opérant avec un nombre d'aides restreints, en stérilisant convenablement les instruments, les compresses et les tampons devant servir à l'opération que le chirurgien obtiendra les meilleurs résultats. L'emploi de l'autoclave, préconisé et vulgarisé par le professeur Terrier, nous paraît le moyen le plus sûr pour la stérilisation des compresses et des tampons.

Un point auquel le chirurgien doit veiller avec le plus grand soin, c'est l'*asepsie des mains* de l'opérateur et des aides ainsi que celle de la peau de l'abdomen. Un savonnage prolongé, suivi d'un brossage à l'alcool, puis de l'immersion dans une solution de sublimé nous paraissent des moyens suffisants.

Au point de vue de l'opération en elle-même, nous insisterons sur l'utilité qu'il y a à éviter les manipulations de

l'intestin et à rester immédiatement au contact de la tumeur à enlever, à opérer, en un mot, *en foyer limité.*

A cet égard l'emploi judicieux du plan incliné et celui de compresses stérilisées humides recouvrant l'intestin, que la position élevée du siège a rejeté vers le diaphragme, rendent les opérations sur le petit bassin beaucoup plus sûres en même temps que beaucoup plus simples qu'autrefois.

Il est enfin de la plus haute importance d'éviter le séjour dans l'abdomen de liquides tels que le sang ou la sérosité. Avant de refermer le ventre, on fera une toilette soignée du péritoine et si l'on a lieu de craindre un suintement tel que celui qui résulte de surfaces de décortication étendues, on drainera le péritoine.

Après avoir eu recours un certain nombre de fois au tamponnement intra-abdominal nous sommes revenu au simple drainage avec un drain de caoutchouc et lorsqu'un tamponnement nous a paru nécessaire nous l'avons fait à la gaze stérilisée sous forme de longues lanières pelotonnées au contact de la partie à comprimer; quelquefois encore nous plaçons quelques lanières de gaze pour limiter notre foyer, mais toujours nous conservons à côté de ces lanières et allant au centre du foyer un gros drain de caoutchouc. Lorsque le suintement est notable, nous aspirons, au moment des pansements, le liquide, en insinuant dans le drain une petite sonde rouge que nous mettons en communication avec l'appareil aspirateur de Potain, mode d'aspiration beaucoup plus simple que les seringues employées par nombre de chirurgiens.

Lorsque la septicémie péritonéale est développée le traitement est des plus difficiles et l'on court à peu près certainement à une issue fatale.

Faut-il réouvrir le ventre ? Nous l'avons fait au début de notre pratique dans quelques cas, nous n'avons pas vu une seule de nos malades guérir. Une fois notre intervention pour une péritonite post-opératoire a été suivie de succès, mais l'opération datait déjà de plusieurs jours, c'était une péri-

tonite vraie, ce n'était pas une septicémie péritonéale aiguë post-opératoire. Il en était de même dans les observations dues à d'autres opérateurs. Aussi sommes-nous de l'avis de Tait, qui ne connaissant pas bien la septicémie péritonéale remarque malgré cela très justement que c'est dans les péritonites, où il y avait du pus, qu'il a obtenu ses plus beaux succès, ce qui paraissait autrefois quelque peu paradoxal.

On sera donc le plus souvent obligé de se borner à un traitement purement symptomatique, aux piqûres de morphine, à la glace, etc. Le point important est de faciliter l'élimination des toxines. On prescrira donc des lavements portés assez haut avec une sonde et des purgations par la bouche. Si ces dernières sont vomies on fera prendre toutes les 20 minutes par cuillerée à soupe et glacée une solution de sulfate de soude jusqu'à ce que l'effet purgatif se produise. Ce mode d'administration réussit souvent là où l'autre a échoué.

Enfin, dans ces derniers temps on a eu recours aussi aux injections de sérum qui ont l'avantage de provoquer une diurèse.

Il faut que les injections soient abondantes. Le mieux alors est de les faire intra-veineuses. Elles constitueraient au dire de Michaux (1) et de Lejars (2) une ressource précieuse contre la septicémie péritonéale (3).

---

(1) *Société de chirurgie*. Paris, séance du 8 janvier 1896.

(2) LEJARS. Les injections intra-veineuses de sérum artificiel à doses massives dans les infections. *Presse médicale*. Paris, 1er janvier 1896, p. 1.

(3) Cette opinion est en contradiction avec les résultats des lavages du sang qu'ont pratiqués expérimentalement Dastre et Loye chez des animaux préalablement infectés. Dans tous les cas, les animaux, inoculés ou intoxiqués, lavés ont péri plus rapidement que les témoins (*Bulletin de la Société de biologie*, 1889, p. 261).

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Étude bactériologique sur la désinfection des mains (1).

Par M. Du Bouchet, interne des hôpitaux.

Reprenant les recherches de Fürbringer et des autres auteurs qui se sont occupés de l'étude scientifique de la désinfection des maïns des chirurgiens, Reinicke a soumis les résultats obtenus par ses prédécesseurs à une critique plus rigoureuse, il est arrivé à de très convaincants et intéressants résultats.

La méthode employée par lui dans ses recherches — asepsie soigneuse des mains préalable ; puis contamination avec des cultures de même âge et aussi exactement semblables que possible ; enfin emploi de la méthode de désinfection des mains que l'on veut étudier et ensemencement des milieux nutritifs soit en y plongeant les mains, soit en y immergeant de petits fragments de bois stérilisés au préalable et avec lesquels on vient de se râcler l'espace sous-unguéal, cette méthode disons-nous comporte un caractère de précision qui donne à toutes ces recherches une grande supériorité sur celles qui étaient classiques jusqu'ici.

Toutes ou à peu près toutes les méthodes de désinfection des mains conseillées jusqu'ici soit empiriquement, par des chirurgiens, soit à la suite de recherches de laboratoire, par des bactériologistes, ont été soumises à ce contrôle expérimental et les colonies développées dans la gélatine nutritive comptées ensuite. Entrer dans le détail fort intéressant de ces expériences serait sortir du rôle d'une analyse et qu'il nous suffise de dire que les conclusions très nettes qui se dégagent du mémoire sont les suivantes : le lavage à l'eau stérilisée pure et au savon ne suffit pas, même si on y adjoint l'immersion dans une solution antiseptique. Au contraire, on obtient les meilleurs résultats en intercalant un brossage à l'alcool entre le lavage à l'eau chaude savonneuse et l'immersion dans la solution sublimée. Contrairement à ce qu'on aurait pu penser, l'éther sulfurique ne saurait remplacer l'alcool ; son action est pour ainsi dire nulle, ce qui tient sans doute à son évaporation trop rapide.

(1) Reinicke. *Archiv. f. Gynæk.* Berlin, 1895, Bd. XLIX, Hft. 3.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE (1)

De l'intervention dans la grossesse extra-utérine et l'hématocèle vaginale.

M. PICQUÉ. — M. Potherat nous a adressé trois observations de grossesse extra-utérine, dans lesquelles il a eu recours deux fois à l'hystérectomie vaginale et une fois à la laparotomie.

Le premier cas a trait à une femme de trente-trois ans, chez laquelle le diagnostic de grossesse extra-utérine fut porté. L'hystérectomie vaginale fut pratiquée et l'intervention démontra qu'il s'agissait d'une grossesse tubo-interstitielle.

Dans le deuxième cas, le diagnostic d'hématocèle fut également porté. M. Potherat commence par la colpotomie et termine par l'hystérectomie vaginale.

La troisième malade présentait des phénomènes abdominaux péritonitiques; on attendit quelques jours, puis, l'état s'aggravant, la laparotomie fut décidée et pratiquée. La poche fut marsupialisée, mais le placenta ne fut pas extrait.

Les trois malades ont guéri. Chez la dernière, il survint quelques symptômes de septicémie qui purent d'ailleurs être enrayés.

A propos de ces trois cas, je voudrais essayer d'établir quelques règles précises sur le traitement de la grossesse extra-utérine proprement dite et de l'hématocèle rétro-utérine. Sous cette dernière appellation, on confond des lésions qui ne sont nullement comparables. Il faut, selon moi, distinguer les grossesses extra-utérines en évolution, des hématocèles proprement dites qui ne sont que des grossesses arrêtées dans leur développement.

Pour les premières, je crois que la seule opération qui leur convienne est la laparotomie, que j'ai préconisée dans la thèse de mon élève Regnault.

Pour les secondes, les hématocèles proprement dites, j'avais, jusque dans ces derniers temps, pratiqué la laparotomie. Mais, dans un cas récent, que j'avais soumis à M. Bouilly, j'ai eu

(1) Compte rendu d'après la *Presse médicale*.

recours à l'incision vaginale simple et le résultat s'est montré si favorable que je m'en tiendrai désormais à cette intervention.

Quant à l'hystérectomie vaginale, en raison même de l'unilatéralité des lésions, je pense qu'elle n'est qu'exceptionnellement indiquée, comme dans la première observation de M. Potherat où il s'agissait de grossesse tubo-interstitielle.

Si le fœtus est vivant et que l'on se trouve au quatrième, cinquième mois, faut-il attendre? L'expectation n'est admissible que si la mère ne court aucun danger. Il ne faut pas oublier, en effet, que l'expectation est souvent dangereuse. Après le septième et le huitième mois, le fœtus sera extrait vivant par la laparotomie, qui doit seule ici être pratiquée.

Quant à la poche, on la marsupialisera, comme l'a fait M. Potherat, d'après son observation.

Je me résumerai en disant : 1° la grossesse extra-utérine vraie est justiciable de la laparotomie; 2° l'hématocèle rétro-utérine, symptomatique d'un hématosalpinx sans fœtus, sera traitée par la colpotomie; 3° l'hystérectomie vaginale n'est à recommander que dans des cas tout à fait exceptionnels.

M. Reynier. — Le rapport fort intéressant de M. Picqué a trait à deux points principaux : 1° le diagnostic de la grossesse extra-utérine; 2° le traitement de cette grossesse extra-utérine, compliquée d'hémorrhagie.

M. Picqué me reproche d'avoir établi une confusion entre les grossesses extra-utérines compliquées d'hémorrhagies et les grossesses tubaires arrêtées dans leur développement et s'accompagnant à un moment donné de la rupture de la poche.

S'il est possible de diagnostiquer la grossesse extra-utérine en voie d'évolution après cinq mois, il me semble assez difficile, avant cette époque, de savoir si les accidents hémorrhagiques pour lesquels on intervient sont dus à une grossesse tubaire avec ou sans fœtus. Les métrorrhagies, l'augmentation du volume des seins, la sécrétion lactée, etc., se retrouvent et dans la grossesse extra-utérine avec fœtus et dans la grossesse extra-utérine sans fœtus. Pour ma part, j'estime qu'il est actuellement impossible de poser le diagnostic de la présence ou l'absence d'un fœtus dans un cas de grossesse extra-utérine compliquée d'hémorrhagie. Et c'est précisément parce qu'avant l'intervention je suis incapable de

préciser ce diagnostic que j'ai fait à dessein la confusion que me reproche M. Picqué. C'est d'ailleurs à ce même point de vue que se placent les auteurs allemands qui ne font pas non plus cette distinction avant le cinquième ou sixième mois.

Quant au traitement, on a le choix entre la laparotomie, l'hystérectomie vaginale et la colpotomie. L'hystérectomie me semble condamnable parce que la lésion est unilatérale et n'exige pas par conséquent la castration. La laparotomie et la colpotomie sont donc seules à s'opposer. MM. Bouilly, Routier, Picqué soutiennent l'incision vaginale. Je trouve au contraire que cette intervention n'est pas à recommander, parce qu'elle est aveugle et insuffisante. J'y ai eu recours récemment dans deux cas. Pour l'une de mes malades, j'ai dû faire consécutivement une hystérectomie vaginale, des accidents septicémiques étant survenus. Chez l'autre, j'ai obtenu une guérison opératoire, mais j'ai dû laisser une grosse masse au niveau des annexes gauches. Mon opération a donc été incomplète et je surveille de près mon opérée.

Tout au contraire, la laparotomie permet de voir clairement, de se rendre compte de l'étendue des lésions et d'enlever tout ce qui est malade, lorsqu'il y a possibilité de le faire. Au Congrès de chirurgie, j'ai rapporté douze observations tendant à prouver ce que j'avance. Dernièrement j'ai eu recours encore à l'ouverture du ventre dans un cas examiné par MM. Landrieux et Maygrier qui croyaient à l'existence d'un fœtus. Il n'y avait pas de fœtus, mais la laparotomie m'a permis d'enlever les annexes malades, de faire une opération complète et d'obtenir une guérison définitive et rapide.

Je conclurai donc à la supériorité de la laparotomie sur la colpotomie.

M. Lucas-Championnière. — Telle qu'elle a été posée, la question me semble insoluble. En effet, ce serait le diagnostic qui primerait tout. Or, plus de la moitié au moins des cas de grossesse extra-utérine sont des erreurs de diagnostic.

Quant au traitement, il y a longtemps que j'ai déjà protesté contre l'opération par la voie vaginale. On agit à l'aveugle par la colpotomie et l'intervention est le plus souvent incomplète. La laparotomie seule permet de voir clair et d'enlever tout, quand

la chose est possible. En cas d'impossibilité d'une extirpation complète, on marsupialisera, ainsi que je l'ai fait, il y a douze ou treize ans, avant la création de cette expression. Il faut également savoir que dans certains cas, les parois de la poche sont tellement vasculaires qu'on ne peut tenter même le lavage, par crainte d'une hémorrhagie; le tamponnement immédiat et rapide peut seul conjurer les accidents.

Relativement à la viabilité du fœtus, je crois que les discussions auxquelles elle a donné naissance, de la part des accoucheurs, n'ont pas leur raison d'être. Si l'on veut bien réfléchir aux faibles chances de survie de l'enfant et aux grands risques courus par la mère, on conclura que l'expectation n'est pas à tenter et qu'il vaut mieux opérer de suite, sans chercher à avoir un fœtus viable dont les jours sont d'ailleurs bien peu assurés.

M. Routier. (Voir plus haut, p. 160.)

M. Schwartz. — Les réflexions que je désire vous soumettre relativement au traitement de la grossesse extra-utérine viennent se superposer à celles de M. Routier.

A une période avancée, la grossesse extra-utérine doit être traitée par la laparotómie. Quand, vers le cinquième ou sixième mois, la grossesse tubaire se complique de rupture et d'hémorrhagie intrapéritonéale, le diagnostic est certes difficile, mais il n'est pas impossible et, parmi les signes qui doivent particulièrement attirer l'attention, j'insiste sur les métrorrhagies.

Dans trois ou quatre cas, j'ai pu faire le diagnostic, j'ai opéré, et mes malades ont guéri.

Si la grossesse n'est pas rompue, on pourra la prendre pour une salpingite, et la laparotomie s'impose encore.

A côté de ces faits, il en est une autre catégorie fort importante : c'est celle des hématocèles proprement dites, consécutives à la rupture d'une grossesse tubaire vraie, ou d'un hématosalpinx ou grossesse sans fœtus. Il y a hémorrhagie et l'hématocèle ainsi constituée, peut être, par rapport à l'utérus, antérieure, latérale ou postérieure.

Dans les deux premiers cas, c'est à la laparotomie qu'il faut avoir recours.

S'il s'agit d'hématocèle rétro-utérine, bombant dans le cul-de-sac postérieur, deux cas peuvent se présenter : 1° l'hématocèle

n'est pas définitivement constituée et la tumeur subit des poussées successives dues à de nouvelles hémorrhagies dans la poche; 2°) l'hématocèle est définitivement constituée et se trouve parfaitement circonscrite. Dans le premier cas, lorsque l'épanchement sanguin est en voie de formation, c'est à la laparotomie qu'il faut avoir recours. Dans le second, l'incision vaginale est le traitement de choix. J'ai eu recours depuis six ans, quinze fois à cette dernière, et j'en suis très satisfait; comme mes collègues, je crois qu'il ne faut pas insister sur un nettoyage complet.

En résumé, je formulerai les conclusions suivantes :

1° Hématocèle rétro-utérine bien circonscrite et arrêtée dans sa marche : incision vaginale.

2° Hématocèle proéminante dans l'abdomen (latérale, antérieure) : laparotomie.

3° Hématocèle en voie d'évolution : laparotomie.

M. Segond. — Le rapport de M. Picqué soulève plusieurs points de pratique qui méritent discussion et à propos desquels je désire formuler quelques réserves, quitte à mon tour à indiquer comment je comprends le traitement de la grossesse extra-utérine.

Tout d'abord, je rappellerai que, contrairement à ce qu'à dit M. Picqué, c'est bien à Gallard que revient le mérite d'avoir établi le rapport qui existe entre la grossesse extra-utérine et la puerpéralité. Ce détail relevé, je ferai remarquer d'abord que la distinction établie par M. Picqué entre la grossesse extra-utérine vraie et l'hématosalpinx est excellente au point de vue nosologique pur, mais a peu d'importance en pratique. Comme l'ont fait remarquer MM. Reynier et Lucas-Championnière, le diagnostic est extrêmement difficile et les plus malins s'y trompent. En fait, on *soupçonne* seulement parfois la grossesse extra-utérine; on ne l'affirme pas. Ce n'est donc pas sur le diagnostic qu'il faut baser le traitement.

M. Picqué pense que l'hystérectomie n'est jamais indiquée, excepté lorsqu'il s'agit d'une grossesse tubo-interstitielle. Je ferai remarquer que ce diagnostic me semble cliniquement impossible.

En matière de traitement, toute affirmation absolue est mauvaise, car il faut toujours tenir compte de nombre de circonstances secondaires, et en particulier de nos tendances person-

nelles. Néanmoins je vais essayer de donner un cadre général, dans lequel, selon moi, doivent entrer les diverses observations de grossesse extra-utérine que nous pouvons recueillir.

Deux groupes sont d'abord à établir ; les grossesses extra-utérines avant le cinquième mois et les grossesses après le cinquième mois. Il est impossible de les étudier ensemble.

Avant le cinquième mois, je répète qu'il est difficile de faire un diagnostic précis quant à la présence ou à l'absence de fœtus. Ensuite il faut distinguer les cas, suivant que la grossesse évolue normalement ou non. Dans le premier cas, c'est à la laparotomie qu'on aura recours. Dans le second, le traitement varie. Si la grossesse se complique d'hémorrhagie intrapéritonéale grave, il est évident que seule la laparotomie est indiquée. S'il s'agit au contraire de l'hématocèle type rétro-utérine, de l'hématocèle de Nélaton, l'incision du cul-de-sac postérieur, largement pratiqué, suffit, qu'il y ait oui ou non un fœtus. Si même l'hématocèle est le siège d'hémorrhagies nouvelles, je crois encore que c'est à l'incision du cul-de-sac qu'il faut avoir recours, ainsi que je l'ai fait avec succès dans un cas récent.

Les grossesses extra-utérines jeunes peuvent se compliquer de suppuration, d'inflammation circumvoisine et alors pour tous ceux qui, comme moi, sont convaincus de la nécessité de l'hystérectomie vaginale, c'est à l'hystérectomie que l'on devra s'adresser.

Restent les grossesses extra-utérines de plus de cinq mois. Le diagnostic est toujours difficile, mais il est cependant plus faisable. Relativement au traitement, la laparotomie seule est à faire. Si l'on voulait classifier les cas, on établirait les variétés suivantes : *a*) le fœtus est vivant et la grossesse à terme; on laparotomise, on extrait l'enfant et on marsupialise. Si la grossesse est près du terme, faut-il attendre? Cela dépend des cas et il est impossible d'établir à ce sujet de règle générale; *b*) le fœtus est mort. Pas d'hésitation possible; il serait illusoire d'attendre la transformation en lithopédion ; *c*) la poche s'est rompue et le fœtus vivant est libre dans la cavité abdominale. La laparotomie doit être aussitôt faite.

Enfin, comme avant le cinquième mois, la grossesse extra-utérine peut se compliquer d'accidents péritonéaux, la laparotomie est encore à conseiller.

M. Chaput. — Le diagnostic de l'hématocèle est souvent difficile.

Dans une de mes observations, la malade présentait une tuméfaction mate remontant à l'ombilic, avec une masse énorme dans le cul-de-sac de Douglas, de la douleur et une fièvre intense; je diagnostiquai un pyosalpinx avec péri-péritonite; c'était une hématocèle.

Inversement, j'ai opéré ce matin une femme qui avait présenté à l'occasion du coït des douleurs violentes avec pertes : tumeur unilatérale, expulsion de caduque, utérus allongé et apyrexie complète ; je portai le diagnostic d'hématocèle ; la ponction vaginale révéla un pyosalpinx.

On peut arriver à un diagnostic approximatif en se basant sur les signes suivants :

1° Début brusque des douleurs pendant une période menstruelle, accompagnées d'hémorrhagie utérine, chez une femme antérieurement bien portante ;

2° Coïncidence des hémorrhagies avec l'apparition d'une tumeur qui grossit rapidement. Cette tumeur est fluctuante, uniloculaire, médiane ou latérale (avec l'autre cul-de-sac libre), sessile et immobile, quand elle se prolonge dans l'abdomen ;

3° Au toucher, on a la même sensation qu'avec un pyosalpinx présentant une poussée aiguë, mais avec cette différence que l'hématocèle est ordinairement apyrétique ;

4° La ponction exploratrice par le vagin lève tous les doutes.

Le diagnostic de la grossesse extra-utérine non rompue doit être fait : 1° avant le cinquième mois, 2° après le cinquième mois.

Avant le cinquième mois, on se basera :

1° Sur les signes rationnels de grossesse : vomissements, gonflement des seins, modification du caractère, de l'appétit, suppression momentanée des règles, coloration violette des organes génitaux ;

2° Sur l'existence de pertes continues et souvent fétides ;

3° Sur l'expulsion d'une caduque sans villosités choriales ;

4° Sur l'hypertrophie de l'utérus que l'on reconnaîtra par l'hystérométrie ;

5° Sur l'existence d'une tumeur pelvienne latérale avec l'autre cul-de-sac libre. Cette tumeur est mobile, fluctuante, à parois minces, elle augmente rapidement de volume et est recouverte d'artères volumineuses et pulsatiles.

Après le cinquième mois. — Le fœtus vivant se reconnaît par les mouvements, ballottement, battements du cœur.

Le fœtus mort peut être soupçonné, quand on rencontre une tumeur abdominale, de consistance calcaire, en reconstituant les antécédents : règles, pertes, caduque, faux travail. Celui-ci a été suivi de la chute du ventre avec gonflement des seins et sécrétion lactée.

Traitement. — En cas d'hémorrhagie abdominale non enkystée, tous les chirurgiens s'accordent à conseiller la laparotomie.

Lorsque l'hémorrhagie s'est enkystée (hématocèle), la tendance dominante de mes collègues est de pratiquer l'incision vaginale.

Cette opération est simple, facile et sans danger dans l'immense majorité des cas, mais il n'en est pas toujours ainsi. J'ai incisé par le vagin une hématocèle chez une malade qui mourut dans l'après-midi. A l'autopsie, on trouva plusieurs litres de sang, avec une grossesse extra-utérine de 3 mois, dont le placenta était décollé. L'opération avait été des plus normales et rien ne faisait prévoir cet accident.

A l'avenir je ferai toujours la laparotomie pour les hématocèles diagnostiquées ; et si, au cours d'une incision vaginale ou d'une hystérectomie, je rencontre une hématocèle insoupçonnée, je compléterai l'opération vaginale par la laparotomie avec l'espoir d'enlever le sac et le placenta.

Cependant l'hématocèle suppurée me paraît justiciable de l'incision vaginale.

Supposons maintenant que le sac n'est pas encore rompu, nous distinguerons la grossesse avant et après le cinquième mois.

Avant le cinquième mois. — Si le diagnostic n'est pas posé, on opère pour une tumeur salpingienne ; la laparotomie permettant de faire le nécessaire, mais l'hystérectomie vaginale, si elle n'amène pas toute la partie, devra être complétée par la laparotomie.

Si le diagnostic est posé ou soupçonné, doit-on enlever la poche d'urgence comme une tumeur maligne ? Je ne le crois pas. La grossesse ectopique est surtout dangereuse chez les femmes qui continuent à travailler, il n'en est pas de même si elles gardent le lit. Avec cette précaution, on pourra sans courir de risques beaucoup plus grands, obtenir un fœtus vivant.

Après le cinquième mois, avec un fœtus vivant, on attendra

jusqu'au huitième mois, sauf complications menaçant la vie de la femme... on opérera sans attendre le faux travail.

Si le fœtus est mort, il est inutile d'attendre l'atrophie du placenta, qui fréquemment a persisté ou même s'est hypertrophié; l'amputation expose encore à la suppuration, à la rupture du sac, à la cachexie de la mère.

Avec un sac non suppuré, la laparotomie est préférable à l'élytrotomie. J'ai pu, dans une observation, enlever un fœtus à terme calcifié avec toute la poche. Guérison.

Si le sac est suppuré avec un fœtus peu volumineux, l'élytrotomie suffira; avec un gros fœtus, on fera l'hystérectomie vaginale et l'extraction du fœtus.

Dans une de mes observations j'ai laparotomisé une malade pour une salpingite supposée. J'ai trouvé des anses très adhérentes recouvrant une masse fluctuante sous-jacente ; le décollement des anses étant impossible, je fis l'hystérectomie vaginale, puis je revins à l'abdomen et je pus enlever totalement une grossesse ectopique de cinq mois. Avec une hystérectomie, la grossesse aurait été méconnue et la malade serait morte de suppuration ou d'hémorrhagie.

Traitement du sac et du placenta. — Il est inutile de suturer le sac provisoirement à la paroi, car cela gêne les manœuvres ultérieures.

Si le placenta est en avant du sac, on l'incisera dans toute sa longueur, et on le comprimera avec les doigts d'un aide ; on enlèvera ensuite le fœtus, puis toute la poche, ou du moins la région qui porte le placenta.

Après avoir vidé le sac, on s'efforcera de l'enlever en totalité; c'est l'idéal à poursuivre.

Si l'ablation est impossible, on pourra le marsupialiser, ou, à l'exemple de Tait, le fermer par des sutures après l'avoir rempli d'eau chaude, ou enfin fermer l'incision du sac par des sutures et le drainer par le vagin (Martin); cette dernière pratique me paraît la meilleure après l'ablation totale.

Quand le sac reste en place, l'abandon du placenta expose à l'infection et aux hémorrhagies, on devra donc s'efforcer de l'enlever toujours. L'ablation sera presque toujours possible, même avec un placenta inséré sur l'intestin. On ne craindra pas de l'enlever au besoin à la curette. L'hémorrhagie qui en résulte est surtout veineuse ; elle s'arrête rapidement par compression.

M. Bouilly. — Le très intéressant rapport de M. Picqué a donné naissance à une discussion qui, s'étendant peu à peu, a visé tous les points de la question si complexe de la grossesse extra-utérine dont M. Segond a tracé magistralement, dans la dernière séance, les grandes lignes. Je partage les sentiments de la plupart de mes collègues et ne demande à retenir un instant l'attention que sur deux points : la difficulté du diagnostic et les indications du traitement opératoire.

Mais avant d'aborder cette double question, je tiens à classer à part les cas exceptionnels, où après des péripéties multiples, la grossesse extra-utérine est parvenue à sept ou huit mois. La conduite chirurgicale est alors évidemment commandée par l'état de la mère.

Mais, dans l'immense majorité des faits, c'est en présence de grossesses extra-utérines de moins de trois mois qu'on se trouve et alors plusieurs cas peuvent se présenter.

Si la grossesse n'est pas rompue, il s'agit d'une tumeur unilatérale des annexes et tout le monde est d'accord sur la nécessité de la laparotomie.

Si la grossesse s'est rompue dans le ventre et qu'il y ait une hémorrhagie intra-péritonéale grave, la laparotomie est urgente. Mais on voudra bien reconnaître que les malades de cette catégorie se présentent rarement au chirurgien, soit qu'elles soient reçues dans les services de médecine où elles meurent ou guérissent spontanément, soit qu'elles échappent aux uns et aux autres. Depuis 1887, les Bulletins de la Société de chirurgie ne mentionnent que deux cas d'intervention pour des accidents graves de ruptures de grossesse extra-utérine avec hémorrhagie intra-péritonéale grave (Tuffier et Michaux) ; à ces deux observations, j'ajouterai celle de Demelin communiquée au dernier Congrès de chirurgie. Pour ma part, chargé d'un service de gynécologie depuis 1886, je n'ai eu l'occasion d'observer qu'un seul cas de ce genre et la malade, arrivée à l'hôpital après mon départ, succomba dans la journée sans intervention.

La plupart des malades ont leur hémorrhagie faite, quand elles sont soumises à notre observation : l'hématocèle est constituée et les femmes se plaignent de douleurs abdominales et de métrorrhagies.

Il s'agit de malades jeunes, bien portantes, ayant été prises subitement, après un retard de règles de quinze jours à six semaines d'un véritable ictus péritonéal, caractérisé par tous les symptômes

décrits sous le nom de péritonisme. Cet état coïncide le plus souvent avec un écoulement vaginal d'abord rouge, puis rouillé, chocolat, etc., durant quinze jours, un mois et davantage.

Cette symptomatologie traduit d'une façon ordinaire la rupture d'une grossesse extra-utérine. Tantôt l'hémorrhagie se fait dans le cul-de-sac de Douglas, tantôt elle reste localisée à la trompe. Dans ce dernier cas, il se constitue un hématosalpinx et c'est à peine si quelques gouttes de sang tombent dans le péritoine. Fait remarquable, l'intensité des symptômes peut être telle que l'on pourrait croire à une véritable hémorrhagie intrapéritonéale profuse : il y a là une sorte d'acte réflexe, le choc péritonéal produisant ces divers phénomènes fort inquiétants. Puis tout s'apaise et les malades peuvent se croire guéries. A l'examen, on trouve une tumeur annexielle unilatérale. Ces faits d'hématosalpinx limités sont rares et relèvent évidemment de la laparotomie.

La plupart du temps, presque toujours, l'hémorrhagie se fait dans le cul-de-sac postérieur et constitue l'hématocèle classique. Pour ces cas, le diagnostic est assez facile dans la majorité des cas, si l'on veut bien tenir compte des symptômes suivants : suppression ou dérangement des règles, présence dans le cul-de-sac de Douglas d'une tumeur, développement exagéré de l'utérus qui est repoussé en avant et un peu sur un des côtés, écoulement sanguin rouille ou chocolat, remarquablement tenace. Tels sont, en effet, les symptômes dont s'accompagne la rupture dans le cul-de-sac postérieur d'une grossesse tubaire, qu'il y ait ou non un fœtus. Nous savons, en effet, que l'embryon peut manquer, parce qu'il disparaît rapidement par résorption après la rupture de la grossesse.

Relativement au contenu de l'hématocèle, il change peu. J'ai opéré des cas variant de huit semaines à quatre mois, et j'ai toujours trouvé des caillots avec du liquide sanguin plus ou moins abondant. Mais ce que je tiens à dire, c'est qu'il ne faut pas attendre la résorption.

Contre ces collections intrapéritonéales, plus ou moins enkystées, je proclame avec MM. Picqué, Segond, Schwartz, Routier, l'incision et l'évacuation par le cul-de-sac postérieur comme étant la méthode de choix, permettant d'obtenir une guérison facile et simple. Les résultats éloignés ne sont pas moins brillants que les résultats immédiats et l'on est même surpris au toucher de trouver des culs-de-sac parfaitement souples ou indolores.

Je terminerai par les conclusions suivantes :

1° La grossesse extra-utérine, en voie d'évolution, non rompue, doit être opérée et enlevée par la laparotomie.

2° La grossesse extra-utérine compliquée d'hémorrhagie intra-péritonéale profuse sera traitée par la laparotomie qui permettra d'arrêter l'hémorrhagie et d'enlever le kyste fœtal. Je repète que ces cas sont très rarement observés, ce qui tient sans doute à l'ignorance dans laquelle sont, sur ce point, beaucoup de sages-femmes et même de médecins.

3° Dans l'immense majorité des cas, on observe des grossesses extra-utérines datant de quelques semaines à deux mois et demi; l'hémorrhagie, provenant de leur rupture, est arrêtée depuis plusieurs jours et le diagnostic de l'hématocèle constituée est facile.

4° L'évacuation simple de la collection par l'incision large du cul-de-sac postérieur, est la méthode de choix ; les résultats immédiats et éloignés en sont parfaits.

REVUE ANALYTIQUE

I. — PARASITES DANS LE CANCER DE L'OVAIRE

Des parasites ont été recherchés par Mileer dans une tumeur de l'ovaire enlevée par le professeur Krassovsky (1). Il s'agissait d'une femme de 46 ans qui présentait déjà au moment de l'opération d'autres tumeurs semblables, peu après survint la généralisation du cancer ; macroscopiquement, c'était un épithéliome encéphaloïde. Après fixation par l'alcool et inclusion dans la paraffine, des fragments de la tumeur ont été coupés, collés sur les lames à l'aide d'eau distillée et colorés par les méthodes d'Ehrlich, de Russel et de Weigert. Les cellules épithéliales, à peine adhérentes entre elles, sont presque toutes uninucléaires, quelques-unes présentent deux ou trois noyaux. Dans chaque noyau se trouvent un, plusieurs ou un grand nombre de corpuscules ressemblant à des nucléoles (fig. 1-3, *a*) ; parfois ces corpuscules existent aussi dans le protoplasma cellulaire (fig. 2 et 3, *a'*).

(1) V.-M. Mileer, privat docent. Des parasites dans un cas de cancer de l'ovaire. *Vratch*, 1885, n° 7.

Ils sont en général arrondis, de grosseurs très diverses, rarement de forme irrégulière comme amœboïde (fig. 4 a). On voit ailleurs des cellules vacuolisées dont les vacuoles contiennent des corpuscules pareils (fig. 5), mais entourés d'une couche de proto-

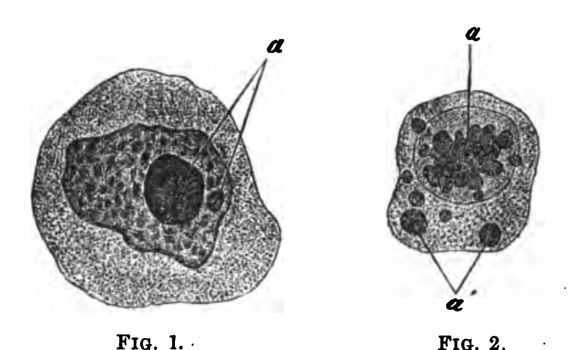


Fig. 1. Fig. 2.

plasma homogène ; enfin on rencontre de ces corpuscules entourés d'une couche homogène, libres au milieu des cellules ; on en voit dans ces cas souvent deux ensemble (fig. 6) et leur volume est plus considérable que celui des corpuscules intracellulaires.

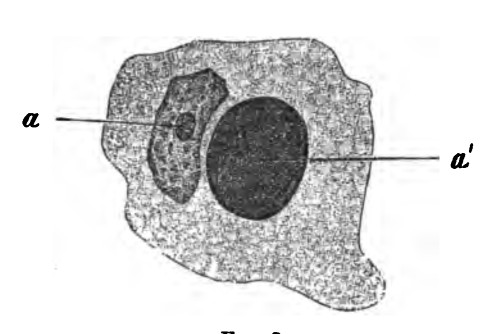


Fig 3.

D'une manière générale, plus les corpuscules sont grands, moins net est le noyau de la cellule et plus avancée la vacuolisation, comme si la formation et l'accroissement des corpuscules entraînait la destruction des cellules. Parfois pourtant un corpuscule volumineux existe dans une cellule relativement bien conservée (fig. 3, a'). Par la méthode d'Ehrlich, la majorité des corpuscules se colorent en rouge, quelques-uns ont en même temps des reflets rouges et bleus, et dans quelques cas rares, on distingue des parcelles bleues dans la substance fondamentale rouge ; exceptionnellement la distribution des couleurs est inverse par la méthode de Russel. Jamais un noyau n'a pu être

constaté dans l'intérieur des corpuscules, de sorte qu'il n'est pas permis d'affirmer qu'il s'agisse bien là de micro-organismes et non de produits de dégénérescence cellulaire. Il n'en est pas de même d'une autre espèce de formations rencontrées en nombre

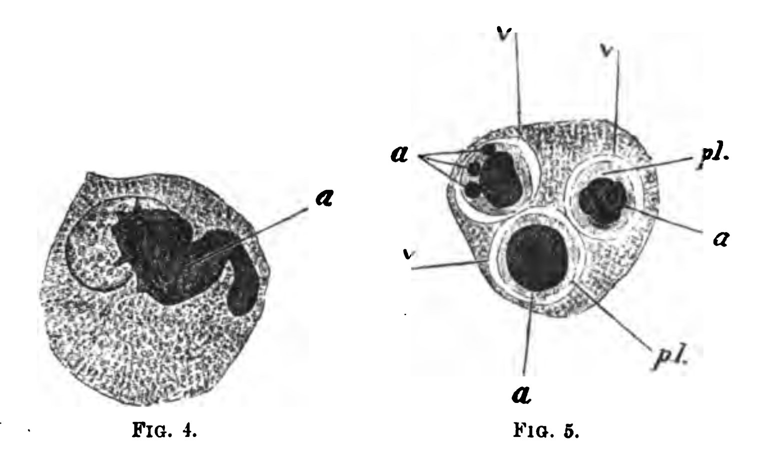


Fig. 4. Fig. 5.

dans les mêmes coupes. Ce sont de grands corps arrondis, toujours situés en dehors des cellules, des kystes pleins ou vides. La méthode de Weigert colore ces corps en rouge violet et permet de distinguer nettement une enveloppe (fig. 7, *a*), un contenu (*b*) dans lequel on voit des zones claires (*cc*) et une vésicule (*d*) bien nettement limitée (*d*) avec un petit corpuscule foncé (*e*) c'est un noyau vésiculeux; autour du noyau se voit une zone claire irrégulière (*g*), et à peu de distance de là un point brillant (*h*).

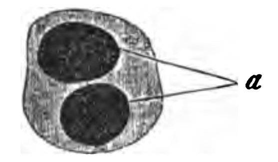


Fig. 6.

La figure 8 représente une enveloppe déchirée, colorée en bleu et un noyau pareil à celui de la figure 7. Ce sont là des noyaux caractéristiques pour les protozoaires inférieurs. La figure 9 montre un kyste divisé par une coupe. Il est rempli de corpuscules arrondis, de volume égal, colorés en rouge brun par la méthode de Weigert; dans quelques kystes entiers, il est possible de reconnaître par transparence le même contenu. Enfin la figure 10 représente un kyste à double contour très net, percé de

cinq orifices ovalaires qui sont vraisemblablement des orifices de sortie des parasites ; on trouve aussi des enveloppes kystiques

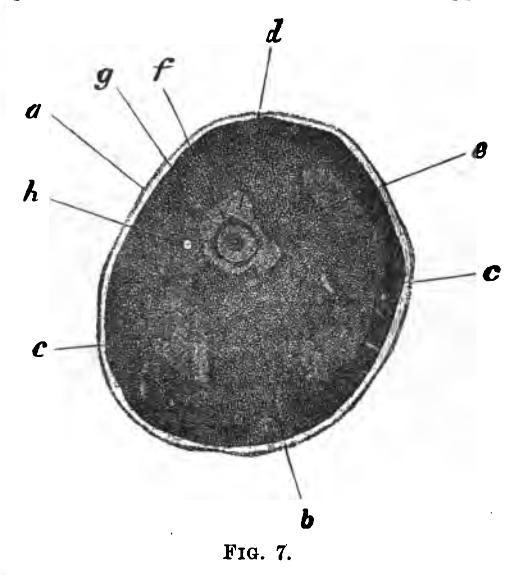


Fig. 7.

vides, comme froissées et sans noyau vésiculeux, il y a souvent à côté de ces enveloppes de petits corps brillants comme celui



Fig. 8.

que l'on voit en *h* dans la figure 7. Sur les préparations fraîches, on voyait les kystes tourner sur eux-mêmes et se déplacer lorsqu'on appuyait sur la lamelle.

Il n'est pas douteux que les kystes pleins ou vides, les enveloppes déshabitées entières ou déchirées appartiennent à un

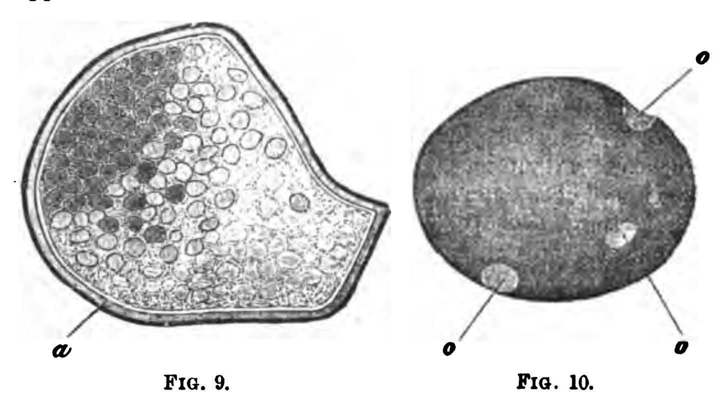


Fig. 9. Fig. 10.

même parasite, protozoaire; quant aux relations entre ce parasite et les corpuscules intracellulaires ; quant à leurs relations étiologiques avec le cancer, l'auteur pense qu'il serait prématuré de rien affirmer. M. Nageotte-Wilbouchewitch.

II. — Anatomie du placenta

Le placenta des carnassiers d'après M. le professeur Mathias-Duval, par M. Éd. Retterer. *Revue générale des sciences pures et appliquées*, 30 novembre 1895, p. 993 (1).

M. le professeur Mathias-Duval vient de publier, faisant suite à ses travaux sur le placenta des Rongeurs, de nouvelles recherches sur celui des Carnivores (2).

Ces études, non seulement nous éclairent sur l'évolution placentaire en général ; mais elles permettent encore d'entrevoir certains stades qui, pour des raisons diverses, n'ont pu être élucidés dans l'espèce humaine. L'homme, en effet, est loin de constituer un être isolé du reste de l'animalité, puisque nous savons, de par l'embryologie et l'anatomie comparée, que tous les organes

(1) Les planches qui accompagnent cette analyse, sont dues à l'amabilité de M. Olivier, directeur de la *Revue générale des sciences*, qui a bien voulu mettre les clichés à notre disposition ; M. Retterer a revu les épreuves et corrigé plusieurs lapsus qui se sont glissés dans la première analyse.

(2) *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*, 1893-1895.

humains sont, sans exception, représentés à des degrés divers dans une ou plusieurs autres espèces et évoluent d'une façon plus ou moins analogue.

Comme pour les Rongeurs (1), M. Mathias-Duval a étudié la formation placentaire des Carnivores à tous les stades, depuis sa première apparition jusqu'à son complet achèvement. Au sujet des premiers développements de l'œuf *(Chien et Chat)*, il fait remarquer que, de même que chez les Rongeurs, toute la portion de l'ectoderme qui n'a pas pris part à la formation de l'embryon continue à s'accroître : elle donne lieu à la *membrane séreuse* ou *chorion*, et une série de plis se développent et contribuent à former une double enveloppe : l'une interne ou *amnios*, l'autre externe ou *chorion*.

D'autre part, on voit se produire une évagination de la partie postérieure de l'intestin sous la forme d'une vésicule appelée *allantoïde*. L'allantoïde, accompagnée des deux artères allantoïdiennes (plus tard ombilicales), s'étend rapidement et vient s'appliquer contre la face interne du chorion, à laquelle elle apportera des vaisseaux.

Le chorion se couvre de courtes villosités sur toute la surface de l'œuf, sauf aux deux extrémités, aux deux pôles, qui restent lisses. Les villosités choriales manquent également dans la région qui prend part à la formation des replis amniotiques. La région recouverte de courtes villosités dessine ainsi une zone ou ceinture enveloppant largement l'équateur de l'œuf. Comme le placenta ne se formera que dans cette région villeuse, il aura lui-même la forme zonaire, figurant une bande autour de l'équateur de l'œuf. L'*allantoïde*, en s'étendant dans la cavité cœlomique, n'atteint pas les deux pôles de l'œuf et se limite, ou à peu près, à la zone villeuse du chorion. Aussi le placenta ne se produira-t-il que suivant cette zone.

La forme du placenta, caractéristique chez les Carnivores, résulte ainsi de deux faits, à savoir : 1° ce fait que le chorion ne développe de villosités et ne contracte d'adhérence avec l'utérus que selon une bande en ceinture qui laisse libres les deux extrémités de l'œuf ; 2° ce fait que l'allantoïde lui-même n'apporte de vaisseaux qu'à la région adhérente du chorion.

I. — DÉVELOPPEMENT DU PLACENTA. — *Muqueuse utérine.* —

(1) Voir *Revue générale des sciences*, 1892, p. 503.

Chez la chienne, dès l'époque du rut, toutes les couches de l'utérus augmentent d'épaisseur ; mais c'est surtout sa muqueuse qui présente une hypertrophie considérable. Les glandes utérines, qui existent déjà chez la chienne vierge, s'allongent énormément (*glandes longues*) ; de plus, de nouveaux tubes épithéliaux se forment dans leur intervalle : ce sont les glandes *courtes*, désignées sous le nom de *cryptes*.

Aussi convient-il, dès le début de la gestation, de considérer *trois* couches distinctes dans la muqueuse utérine, au niveau de chaque renflement utérin (fig. 1) : 1° une couche *profonde*, c'est-à-dire voisine de la musculeuse (M) renfermant l'extrémité ou fond des glandes permanentes (P) ; 2° une *couche moyenne* (H), d'aspect homogène, formée essentiellement de tissu conjonctif embryonnaire ; 3° une couche *superficielle* ou *couche des cryptes* (S), dans laquelle le tissu conjonctif embryonnaire est parcouru de vaisseaux capillaires. Cette dernière est recouverte elle-même par une assise de cellules épithéliales de forme cubique.

Les modifications les plus remarquables qui vont survenir se produisent dans la couche des cryptes. Les glandes (longues et courtes) qu'elle renferme se dilatent peu à peu et lui donnent un aspect spongieux ; d'où le nom de *couche spongieuse* (S). De plus, l'épithélium de ces glandes s'hypertrophie, de façon que leur embouchure est obstruée par un amas cellulaire (C et D).

En même temps, l'épithélium de la surface utérine (*Ep. u.*) devient pâle, homogène ; ce sont là les premières indications de l'atrophie de l'épithélium, atrophie qui va aboutir à sa résorption et à sa disparition ultérieure, partout où il sera en contact avec le chorion fœtal.

Pendant que ces modifications ont lieu dans les glandes et dans l'épithélium utérin, la portion superficielle du derme de la muqueuse se vascularise de plus en plus, grâce au développement des capillaires ; ceux-ci deviennent si abondants qu'ils sont pressés les uns contre les autres et séparés seulement par un peu de substance amorphe (CC). C'est ainsi que prend naissance la *couche des capillaires* (*Vm*), au-dessus de laquelle l'épithélium utérin dégénère et tend à disparaître en se résorbant.

Telles sont les transformations que l'on peut constater dans la muqueuse utérine depuis le début jusque vers le dix-huitième jour de la gestation, laquelle est de soixante jours en moyenne.

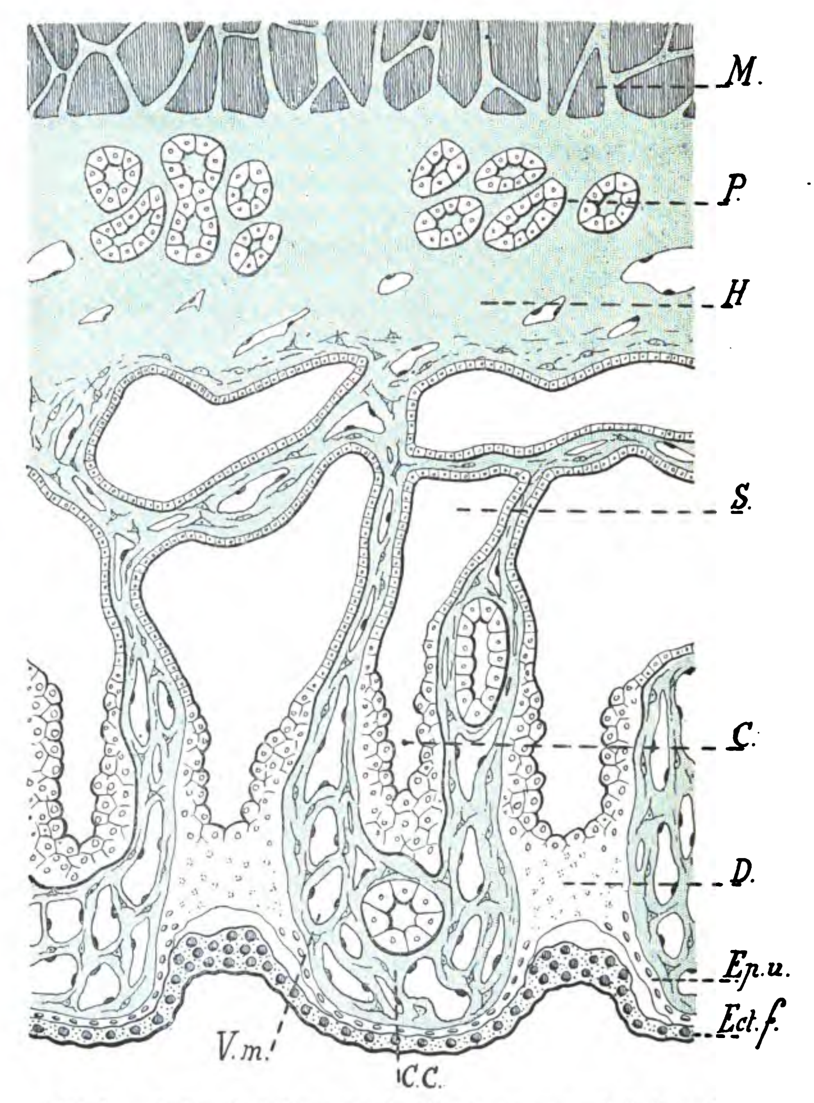


FIG. 1. — *Section de l'utérus chez la chienne, au moment de la gestation.* — *M,* musculeuse ; *P,* couche des glandes permanentes ; *H,* couche homogène ; *S,* couche spongieuse ; *C,* couche compacte ; *D,* couche des détritus ; *Ep. u.,* épithélium utérin ; *Ect. f.* ectoderme fœtal ; *CC,* couche des capillaires ; *Vm,* vaisseaux maternels.

Chorion fœtal. — *Du côté de l'œuf,* l'ectoderme du chorion, formé d'une assise unique de cellules cubiques (*Ect. f.*), s'unit de plus en plus intimement à la muqueuse utérine; par places, on voit les cellules ectodermiques se diviser et se superposer sur deux rangs. Il se forme, par ce procédé, de véritables végétations ectodermiques qui, en s'allongeant, s'insinuent dans la muqueuse utérine. Elles seront l'origine de l'ectoplacenta.

Sauf de légères variations, l'évolution de l'œuf et de l'utérus est la même chez la *chienne* et la *chatte* au début de la gestation, c'est-à-dire avant que le chorion ne contracte des adhérences.

II. — Période de fixation. — *Muqueuse utérine.* — Chez la *chienne*, à mesure que l'épithélium disparaît, les glandes courtes ou cryptes et le tissu conjonctif interglandulaire sont le siège de transformations nombreuses (fig. 2). Le fond ou partie profonde des cryptes s'étend considérablement et les lumières glandulaires se dilatent, de façon à accentuer l'aspect spongieux (S) dont nous parlions plus haut. Dans la partie moyenne des cryptes, l'épithélium glandulaire se multiplie, sans dilatation du canal. Bientôt on voit disparaître la lumière du canal, qui est rempli par un épithélium à grosses cellules (*couche compacte* C). Enfin, du côté libre de la muqueuse, vers les embouchures des glandes, ces grosses cellules se fusionnent et dégénèrent en une masse homogène, qui oblitère la lumière de ces glandes. (*Couches des détritus glandulaires* D, fig. 1 et 2.)

Dans l'intervalle des cryptes, le tissu conjonctif interglandulaire subit une vascularisation de plus en plus prononcée. Les vaisseaux sanguins sont accompagnés de tissu conjonctif jusqu'au niveau de la couche spongieuse; mais à mesure que les capillaires se multiplient en montant dans les cloisons interglandulaires, on voit le tissu conjonctif diminuer et disparaître presque complètement (*Vm*). Au niveau de la couche des détritus glandulaires, les capillaires deviennent de plus en plus serrés et abondants et forment une couche vasculaire superficielle qui déborde l'embouchure oblitérée des cryptes (CC). C'est à la surface de cette couche des capillaires que vient s'appliquer l'ectoderme fœtal, qui se substitue à l'épithélium utérin et constitue un revêtement nouveau à la muqueuse.

La couche des capillaires (CC) est uniquement composée de vaisseaux placés côte à côte; leur ensemble représente une

substance spongieuse, dont les mailles correspondent à la lumière des capillaires sectionnés ; entre ces capillaires, il n'y a aucun des éléments du tissu conjonctif, ni cellules, ni fibres. Dans la paroi de ces capillaires, formée de cellules endothéliales, commence à apparaitre une disposition qui, plus tard, s'accentuera bien davantage, à savoir : l'augmentation de volume des noyaux cellulaires et leur saillie dans la lumière du vaisseau.

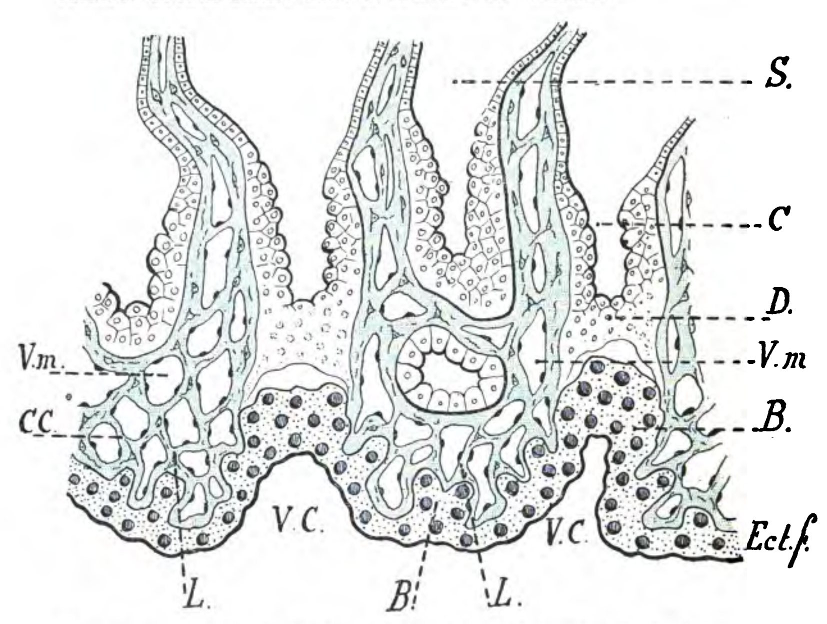


FIG. 2. — *Portion de l'utérus de la chienne à la période de fixation de l'œuf.* — *S*, couche spongieuse ; *C*, couche compacte ; *D*, couche des détritus ; *CC*, couche des capillaires renfermant les vaisseaux maternels (*Vm*) ; *L*, lobes ; *Ect. f.*, ectoderme fœtal ; *VC*, villosités choriales ; *BB*, bourgeons ectodermiques interplacentaires à leur début.

Chorion fœtal. — Du côté de l'œuf, on assiste à des changements morphologiques parallèles aux précédents. A mesure que la couche des capillaires utérins s'épaissit dans l'intervalle de l'embouchure des cryptes, l'ectoderme du chorion fœtal est soulevé au même niveau par ces saillies vasculaires ; mais, en regard de l'embouchure même des glandes, l'ectoderme reste appliqué à la surface des détritus glandulaires. Il en résulte une

série de saillies ou *lobes* (L. L.) et *d'excavations* (V. C.) qui alternent régulièrement à la muqueuse.

Tant que le mode de développement de ces parties restait ignoré, il était difficile, sinon impossible, d'établir la part qui revient aux saillies ou aux excavations dans l'édification placentaire. Il est nécessaire cependant de dire immédiatement que les saillies ou lobes (L) qu'on regardait comme restant constitués uniquement par du tissu maternel, portaient le nom de *villosités maternelles*, tandis que les excavations s'appelaient les *villosités choriales* (V. C.).

Jusqu'à M. Mathias-Duval, on pensait que le placenta résultait de la pénétration ou de l'enchevêtrement de ces deux sortes de villosités.

Partout où l'ectoderme du chorion est en contact avec la surface de la couche des capillaires, il pousse des bourgeons cellulaires (B, B), comme cela se passe, par exemple, dans le développement des glandes. Ces bourgeons ectodermiques s'allongent, s'insinuent dans l'intervalle des parois vasculaires et se moulent sur les dépressions dessinées entre les capillaires les plus superficiels, Il en résulte une sorte d'engrènement entre la couche des capillaires utérins et l'ectoderme fœtal, engrènement qui amène la fixation solide et définitive de l'œuf à la muqueuse utérine. Le tissu qui se développe de cette façon est donc composé d'éléments d'origine maternelle (capillaires), et d'origine fœtale (ectoderme interposé). Bientôt les cellules ectodermiques se fusionneront en une masse homogène parsemée de noyaux, comme chez les Rongeurs ; c'est le *plasmode ectodermique*.

Chez la *chatte*, on observe des modifications analogues : l'épithélium des cryptes s'hypertrophie, sans que les couches ainsi formées arrivent à oblitérer la lumière glandulaire. Plus tard cet épithélium hypertrophié tombera également en détritus. Ici comme chez la chienne, l'embouchure des glandes disparaît non seulement à cause de bouchons épithéliaux, mais en raison de ce fait que le tissu conjonctif immédiatement sous-jacent à l'épithélium utérin prolifère, forme une couche qui déborde les embouchures glandulaires et constitue la limite superficielle continue de la muqueuse utérine. Autrement dit, la face libre de la muqneuse utérine prend un aspect lisse, de sorte que l'ectoderme du chorion s'y étale en lame continue ; on ne voit plus chez la chatte, ces prolon-

gements ou villosités creuses qui, chez la chienne, s'avancent du côté de l'embouchure des glandes.

La muqueuse utérine de la *chatte* présente une autre différence : à mesure que l'épithélium utérin disparaît, la couche superficielle de la muqueuse est constituée, non point uniquement par un lacis de capillaires maternels, mais par une trame de tissu conjonctif jeune parcouru de nombreux capillaires. Chez la chatte, l'ectoderme fœtal vient donc reposer sur une couche maternelle formée alternativement de capillaires et de cellules conjonctives.

En un mot, le tissu utérin sur lequel vient se greffer le chorion forme, chez la chienne et la chatte, la couche superficielle de la muqueuse hypertrophiée ; mais, chez la chatte, les vaisseaux maternels sont soutenus par une trame conjonctive, tandis que, chez la chienne, il y a exubérance des capillaires et disparition plus ou moins complète du tissu conjonctif qui leur est interposé.

III. — FORMATION DE L'ANGIO-PLASMODE PLACENTAIRE. — L'ectoderme qui tapisse les villosités creuses ne prend nulle part à la formation du plasmode. Au niveau des lobes, au contraire, les bourgeons cellulaires, dont nous avons indiqué plus haut le début, prolifèrent et s'insinuent de plus en plus profondément entre les capillaires utérins : c'est ainsi que prennent naissance les *saillies ectodermiques interplacentaires* (B, B, fig. 3) ; ces saillies pénètrent entre les capillaires superficiels et les entourent plus ou moins complètement. Le tissu nouveau (*Pl*) qui se développe de cette façon résulte donc d'une part de l'enchevêtrement des *capillaires d'origine maternelle*, parcourus par le *sang maternel*, et, de l'autre, des saillies ectodermiques fœtales. Pour ce motif, M. Mathias-Duval l'appelle *angio-plasmode*.

Un processus analogue préside à la formation de l'ectoplacenta des Rongeurs ; mais l'évolution ultime est différente chez les Carnivores. Chez les Rongeurs, les capillaires maternels, enveloppés par ce plasmode, perdent leurs parois endothéliales et se transforment ainsi en sinus creusés dans la substance plasmodiale (sinus ou canaux et canalicules sangui-maternels) ; chez les Carnivores (*chienne*), au contraire, les capillaires maternels conservent leurs parois propres endothéliales. L'ectoplacenta des Rongeurs n'est constitué que par des éléments fœtaux, avec du sang maternel ; l'ectoplacenta des Carnivores est formé par des

éléments fœtaux et par des éléments maternels, à savoir la paroi endothéliale des vaisseaux utérins. Le plasmode placentaire, outre le sang maternel, contient donc ici des parois vasculaires d'origine également maternelle.

Cette édification ectoplacentaire s'étend rapidement; c'est ainsi qu'uau vingt-quatrième jour le tiers de la couche des capillaires est envahi par les poussées plasmodiales de l'ectoderme, et les cloisons plasmodiales arrivent jusqu'au niveau de la couche des détritus glandulaires.

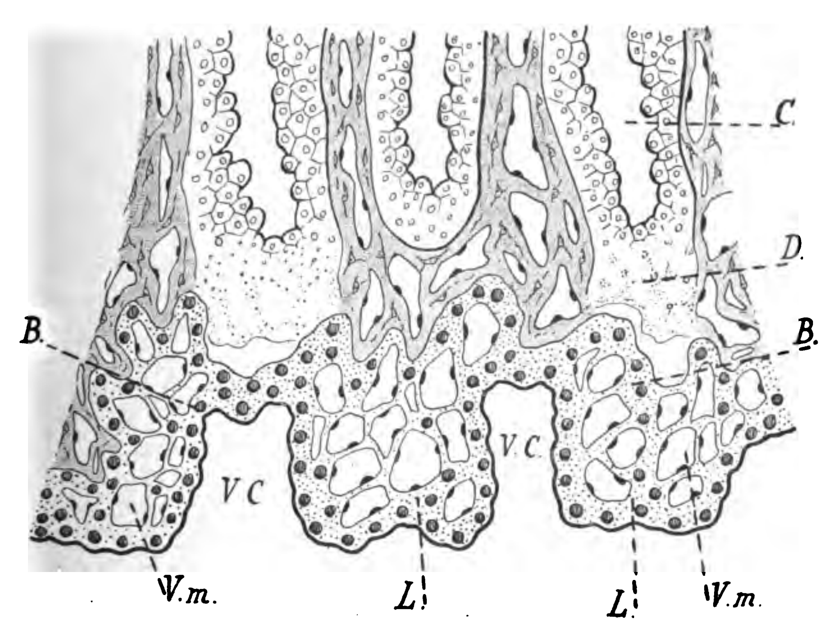


FIG. 3. — *Formation de l'angio-plasmode chez la chienne.* — *C*, couche spongieuse; *D*, couche des détritus; *B*, *B*, bourgeons ou saillies ectodermiques interplacentaires; *Vm*, vaisseaux maternels constituant, avec les éléments fœtaux, l'angio-plasmode des lobes (*L*); *VC*, villosités choriales.

L'angio-plasmode de la *chatte* se développe d'une façon analogue, si ce n'est au début; en effet, chez la chatte, l'ectoderme pénètre dans la muqueuse non pas sous laforme de petites saillies intercapillaires, mais par de grosses poussées qui se ramifient largement, comme chez la lapine.

IV. — ACHÈVEMENT ET REMANIEMENT DE L'ANGIO-PLASMODE. —

Comme chez les Rongeurs, l'achèvement de l'angio-plasmode se fait grâce à la pénétration des vaisseaux fœtaux (fig. 4).

Du trentième au trente-deuxième jour, les vaisseaux allantoï-

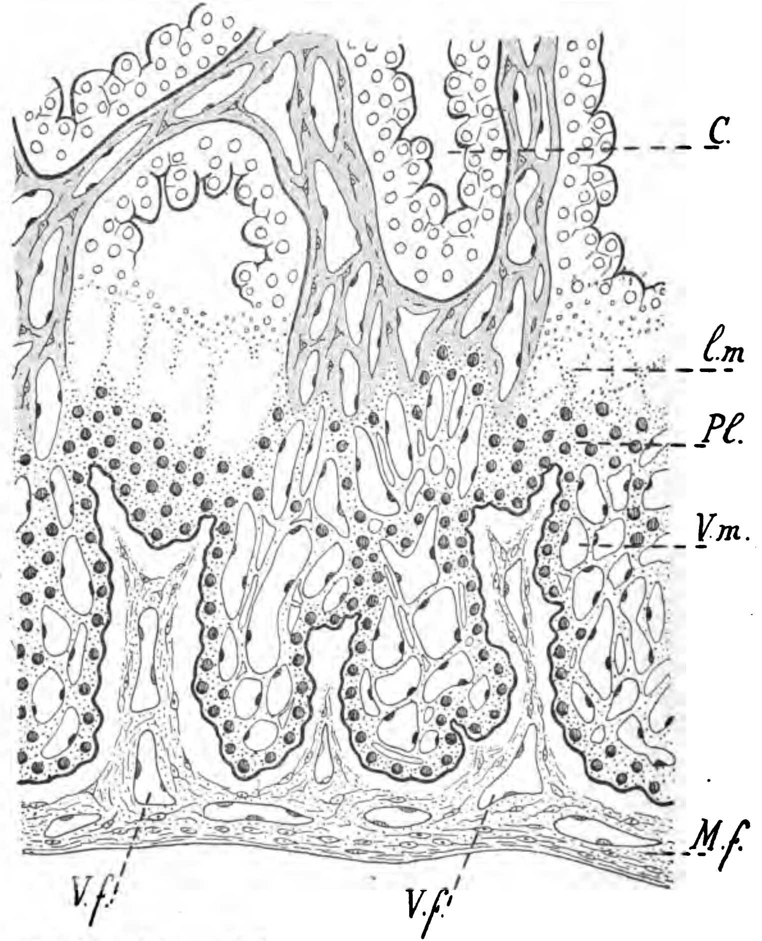


FIG. 4. — *Achèvement de l'angio-plasmode chez la chienne.* — *C.* couche compacte ; *Vm*, vaisseaux maternels ; *Pl*, angio-plasmode ; *Mf*, mésoderme fœtal avec les vaisseaux fœtaux (*Vf*) ; *lm*, lamelles mésentériformes.

diens *(Vf)*, accompagnés de tissu conjonctif embryonnaire *(Mf)*, après s'être étendus sur la face fœtale de l'ectoderme, c'est-à-dire de l'angio-plasmode, émettent, de distance en distance, des prolongements qui y pénètrent et les subdivisent en une série de

lamelles secondaires. Au trente-cinquième jour, chaque lobule est ainsi pénétré dans toute son intimité par des cloisons mésodermiques fœtales *(Vf)* qui le décomposent en un grand nombre de travées d'angio-plasmode anastamosées les unes avec les autres. Cette formation compliquée mérite le nom de *complexus labyrinthique*.

Au contact de l'angio-plasmode, le tissu conjonctif de l'utérus disparaît peu à peu en se résorbant. Il y a là une substitution graduelle des formations fœtales aux formations maternelles, les premières augmentant d'épaisseur à mesure que les secondes s'amincissent et se détruisent.

Pendant le remaniement de l'angio-plasmode, toutes les couches des formations utérines situées au-dessus de la couche spongieuse sont graduellement résorbées ; les culs-de-sacs glandulaires de la couche spongieuse se transforment en d'immenses cavités, séparées par des cloisons minces ou lamelles mésentériformes (*lm*), et, comme les parois supérieures de ces cavités sont également résorbées, les formations fœtales arrivent à reposer sur les extrémités libres des lamelles mésentériformes et à n'adhérer qu'en ces points seulement aux tissus maternels. Ce sont les parties profondes des lobules d'angio-plasmode qui s'attachent en ces points, les arcades ectodermiques venant correspondre aux grandes cavités de la couche spongieuse et en former le couvercle. Pendant ce temps l'angio-plasmode a été remanié par la pénétration du mésoderme et des vaisseaux allantoïdiens, de telle sorte qu'il a été graduellement décomposé en lamelles labyrinthiques, lesquelles sont formées d'un réseau de capillaires maternels, sur les deux faces duquel est étalée une couche de plasmode. Les capillaires fœtaux rampent dans les interstices des lamelles labyrinthiques.

Les lamelles labyrinthiques sont largement anastomosées les unes avec les autres ; pour simplifier, on peut réduire tout le placenta en un composé de lamelles dont chacune est formée par un réseau capillaire étalé en un seul et unique plan, réseau qui, sur ses deux faces et dans ses intervalles, est soutenu par du plasmode ectoplacentaire. Qu'on se figure, dit M. Mathias-Duval, un grillage métallique à mailles étroites ; que, sur les deux faces de ce grillage, on étende une pâte quelconque, qui remplisse les intervalles du grillage et en englobe complètement les travées, mais de manière à en dessiner cependant la saillie à la surface :

on aura ainsi une lame qui schématisera exactement la lamelle labyrinthique.

Chez la *chatte,* l'ectoplacenta pénètre en masse dans la muqueuse utérine, comme chez les Rongeurs ; à mesure qu'il s'étend et s'accroît, l'angio-plasmode se substitue peu à peu à la couche des glandes utérines, dont les zones superficielles tombent en détritus et sont résorbées. Mais, chez la chatte, les capillaires maternels qui sont englobés dans la formation ectoplacentaire conservent, comme chez la chienne, leurs parois propres, tandis que ceux des Rongeurs perdent leur paroi endothéliale et passent à l'état de lacune sangui-maternelle.

En quoi les dispositions ci-dessus décrites diffèrent-elles des assertions des auteurs qui se sont occupés du placenta des Carnivores ?

Les auteurs classiques admettent que le placenta des Rongeurs et des Carnivores est formé par la pénétration réciproque des saillies *fœtales* du chorion (villosités creuses ci-dessus décrites) et les saillies de la muqueuse utérine (*villosités maternelles*). Ces dernières sont uniquement constituées par l'hypertrophie de la muqueuse utérine et continueraient à rester revêtues par son épithélium persistant.

Au contraire, si l'on suit, graduellement et sans interruption, l'évolution des parties fœtales et maternelles, on voit que les soi-disant villosités maternelles sont essentiellement d'origine fœtale; après la disparition de l'épithélium utérin, l'ectoderme du chorion fœtal s'applique sur le tissu utérin dénudé, prolifère et pousse des prolongements *(plasmode)* qui, se substituant aux éléments conjonctifs maternels, englobent les parois des vaisseaux maternels. En un mot, le plasmode ectoplacentaire est tout entier d'origine fœtale, sauf les parois des capillaires utérins : c'est là l'*angio-plasmode.*

Dans l'intervalle des saillies ou lobes plasmodiaux et en regard des glandes utérines, l'ectoderme du chorion fœtal constitue des cavités en doigt de gant (*villosités creuses*), qui ne pénètrent nullement dans les orifices des glandes et ne prennent point part à la formation du placenta.

Plus tard cet angio-plasmode est remanié, grâce à l'arrivée du mésoderme fœtal et des vaisseaux allantoïdiens.

Donc, si nous tenons compte de ces deux faits, — disparition de l'épithélium utérin, contact intime des capillaires maternels avec l'ectoplacenta fœtal, — nous pouvons dire : Il n'y a d'interposé entre

les capillaires fœtaux (en négligeant le tissu conjonctif très rare qui les entoure) et les capillaires maternels qu'une seule formation : la *couche plasmodiale ectodermique*; c'est-à-dire que, dans le placenta fœtal, là où les vaisseaux maternels et fœtaux viennent s'intriquer, il n'y a, sauf la paroi des capillaires maternels, rien que des formations d'origine fœtale. Ainsi, tandis que le placenta des Rongeurs ne contient absolument aucun élément de tissu d'origine maternelle, le sang maternel circulant, sans parois propres, dans des tubes plasmodiaux ectoplacentaires; chez les Carnivores, le placenta contient des parois vasculaires maternelles, parce que sa formation première est due à un angio-plasmode et non à un plasmode pur.

Ces dispositions essentielles ne sont pas changées quand, plus tard, l'angio-plasmode pénètre dans la profondeur et que les arcades ectodermiques arrivent à faire saillie dans les grandes cavités de la couche spongieuse.

V. — Variété des relations entre les tissus maternels et les tissus fœtaux chez les mammifères. — Les observations de M. Mathias-Duval nous donnent, enfin, des renseignements plus circonstanciés sur les relations des tissus maternels et fœtaux. Jusqu'à lui, on s'était contenté des résultats fournis par les examens en surface et par l'étude histologique de quelques rares stades, pour distinguer : 1° le placenta *diffus* (porc, cheval), chez lequel des villosités simples et courtes s'enfoncent dans des fossettes ou dépressions de la muqueuse hypertrophiée; 2° le *placenta cotylédoné* du bœuf, du mouton, etc., chez lesquels les villosités sont réunies en groupes, formant des saillies ou *cotylédons* qui sont reçus dans des cupules de la muqueuse utérine ; 3° le placenta *zonaire* des Carnivores et le placenta *discoïde* des Rongeurs.

D'autre part, on avait constaté que dans les placentas diffus et cotylédoné, il y a, lors de la parturition, séparation des parties fœtales et des parties maternelles, tandis que, pour les placentas zonaire et discoïde, des relations si intimes existent entre les tissus maternels et le chorion qu'il en résulte une déchirure amenant la chute d'une portion de la muqueuse utérine. Il y a ainsi, dans ce dernier cas, une véritable *caduque,* c'est-à-dire qu'une partie de la muqueuse utérine accompagne l'expulsion de l'œuf.

Or, les recherches de M. Mathias-Duval permettent d'affirmer qu'il y a des différences essentielles et profondes dans la constitution du placenta chez les divers mammifères. Actuellement

M. Mathias-Duval a vérifié les données des auteurs qui se sont occupés du placenta des Pachydermes et des Ruminants. Bien que la publication de ces recherches ne soit pas faite, il déclare dans son travail sur les Carnivores (p. 162) qu'elles sont entièrement d'accord, sauf quelques détails histologiques avec les descriptions classiques.

Nous pouvons donc, d'ores et déjà, jeter un coup d'œil d'ensemble sur la constitution du placenta chez les divers types de Mammifères et nous convaincre que le fait essentiel réside, non pas dans la forme de l'organe, mais dans les relations diverses qu'affectent les tissus utérins et fœtaux, permettant des échanges plus ou moins faciles entre le sang de la mère et celui du fœtus.

Chez les Pachydermes (porc, cheval) et les Ruminants (bœuf mouton), il se forme des villosités choriales, qui pénètrent dans les intervalles de saillies analogues produites sur la muqueuse utérine. La muqueuse utérine devient plus vasculaire au niveau de ces saillies, mais la surface de ces dernières, ainsi que les espaces intermédiaires, restent, pendant toute la durée de la gestation, recouverts par l'épithélium utérin. Le fait fondamental a la même signification, que cette épithélium reste haut et cylindrique, comme chez les Ruminants, ou bien qu'il s'aplatisse comme chez les Pachydermes. Les échanges nutritifs se font donc pour les groupes précédents à travers : 1° l'endothélium des vaisseaux maternels; 2° le tissu conjonctif de la saillie ou villosité utérine ; 3° l'épithélium utérin ; 4° l'ectoderme de la villosité fœtale ; 5° le tissu mésodermique et l'endothélium de la villosité fœtale.

Chez les Carnivores et les Rongeurs, au contraire, l'épithélium utérin disparait partout où l'ectoderme fœtal vient s'appliquer à la surface de l'utérus. Cet ectoderme fœtal prolifère et développe une épaisse couche plasmodiale, qui reçoit et enveloppe les capillaires émanés des couches maternelles sous-jacentes. La fixation de l'œuf se fait ici au moyen des cellules ectodermiques du fœtus, qui ont englobé les vaisseaux maternels. Plus tard, les vaisseaux fœtaux pénètrent également dans le plasmode.

Chez les Carnivores, les vaisseaux maternels conservent pendant toute la gestation leur paroi propre, de sorte que leur placenta ou *angio-plasmode* résulte d'un enchevêtrement de capillaires maternels et de traînées ectodermiques fœtales. Le sang maternel n'est donc séparé chez eux que par : 1° la paroi endothéliale des capillaires maternels ; 2° les cellules ectodermiques

du plasmode; 3° la paroi endothéliale des vaisseaux fœtaux entourés d'un peu de tissu conjonctif.

Chez les Rongeurs enfin, les rapports deviennent plus intimes et plus faciles encore, parce que la paroi des vaisseaux maternels disparaît elle-même, partout où elle est circonscrite par les cellules ectodermiques du plasmode, de sorte que le sang maternel circule dans des tubes constitués par le tissu fœtal lui-même (*sinus* ou *lacunes sangui-maternelles*).

On le voit, il s'agit ici, non point de conceptions imaginaires et d'interprétations plus ou moins arbitraires, mais de faits parfaitement positifs et coordonnés d'après l'enchaînement de leurs évolutions successives.

VI. — ORIGINE DES ÉLÉMENTS DU PLACENTA HUMAIN. — A la fin de cette étude se pose la question de la valeur des éléments qui constituent le placenta *humain*. Quelle est l'origine, maternelle ou fœtale, des couches cellulaires qui séparent le sang maternel du sang fœtal? Bien que de nombreuses recherches aient été faites sur ce sujet, des opinions aussi nombreuses que contradictoires ont encore cours à l'heure actuelle ; ces divergences sont dues à des causes multiples, notamment au mauvais état des matériaux d'étude et à l'examen d'un nombre tout à fait insuffisant de stades évolutifs.

Il est vrai que nous n'aurons des résultats vraiment positifs que le jour où un observateur, après avoir réuni les phases principales du développement du placenta humain, consacrera le temps nécessaire à l'étude de la série complète de pièces depuis l'origine de l'organe jusqu'à sa constitution définitive. Ici, comme pour tous les tissus et formations complexes, l'anatomie et l'histologie de l'un quelconque des stades évolutifs sont impuissantes à nous renseigner suffisamment. Pour définir la nature d'un organe, il est absolument indispensable d'appliquer la technique histologique à l'étude de *tous* les stades de son évolution.

Quoi qu'il en soit, en tenant compte des faits isolés publiés jusqu'à ce jour et des affinités zoologiques qui relient l'homme aux autres Mammifères, on peut donner le schéma suivant de l'origine et de la constitution *probables* du placenta humain :

Une fois que l'œuf est logé dans les replis de la muqueuse hypertrophiée, les villosités du chorion fœtal s'appliquent à la surface de l'épithélium utérin; à son contact, cet épithélium dégénère et disparaît. L'ectoderme qui tapisse les villosités choriales développe de nombreuses assises cellulaires, qui pénètrent

dans le tissu conjonctif utérin, et entourent les vaisseaux maternels. Ceux-ci se dilatent en sinus sanguins dont les cellules endothéliales sont conservées comme chez les Carnivores ou disparaissent dans la suite, par résorption, comme chez les Rongeurs.

En un mot le placenta humain (sérotine) serait essentiellement constitué par du tissu d'origine fœtale, qui aurait végété au-devant des vaisseaux maternels et les aurait englobés dans sa masse.

Ce qui, outre les faits déjà cités, plaide en faveur de cette interprétation, c'est la façon dont se détache le placenta. On sait que, dans le placenta humain, la ligne de séparation passe par la couche spongieuse. Chez les Rongeurs, toute la portion de la sérotine qui a été pénétrée par l'ectoplacenta s'en va également avec le placenta. Un récent travail de H. Strahl montre qu'il en est de même chez la chienne (1); de plus, ce travail nous fournit des éclaircissements sur le mode de régénération de l'épithélium utérin. Le placenta se sépare chez la chienne d'avec la muqueuse utérine à peu près au milieu de la couche spongieuse, de telle sorte que la moitié profonde de cette couche est conservée, tandis que la moitié superficielle se détache. Les minces lamelles de tissu conjonctif (mésentériformes) qui se trouvent entre les dilatations de la couche spongieuse sont seules mises à nu, c'est-à-dire dépourvues de tissu épithélial, lors de la parturition. Il est vrai que la contraction de l'utérus, qui survient après le part, réduit ces plaies à des points imperceptibles en même temps qu'elle détermine la formation de nombreux plis.

En un mot, la restauration de la muqueuse utérine a lieu par ce fait que, sur toute la surface dénudée, le fond des glandes utérines persiste. Les portions dépourvues d'épithélium sont d'une étendue si faible qu'il est fort difficile de les découvrir après la rétraction de l'utérus ; dès lors, la réparation de ces petites plaies peut se faire avec une très grande facilité.

BIBLIOGRAPHIE

La cure radicale des hernies abdominales, par E. KUMMER, Genève, 1895.

(1) *Der puerperale Uterus der Hündin* (Anat. Heften de Merkel et Bonnet, 1895).

Présentation d'un fœtus monstrueux à la Société impériale de médecine de Constantinople, par A. Caracache, Constantinople, 1895.

Il s'agit d'un fœtus du sexe féminin, pesant 9,540 gr. L'encéphale manque en grande partie ainsi que la voûte crânienne. La face a une division médiane du front jusqu'à la lèvre supérieure avec bec-de-lièvre médian. Les yeux sont rudimentaires. Les os de la voûte du crâne et du front sont très peu développés et rugueux. Il y a un orifice osseux de 3 centim. au milieu du crâne. L'orifice, ainsi que le crâne et le front sont couverts de membranes sanguinolentes à la place de peau. Les narines sont cloisonnées séparément et il y a une distance de 2 centim. entre les deux. Cette distance est occupée par un prolongement des membranes sanguinolentes du front. Il n'y a pas de gueule de loup.

L'enfant est mort après une heure de vie pour ainsi dire agonique.

Traitement des déviations rétro-utérines par la vagino-fixation. (Treatment of uterine retro-displacements, by vagino-fixation, with reports of cases), par Frédérick Holme Wiggin. Extrait de *New England medical monthly,* octobre 1895.

Dans les cas nombreux de rétro-déviations, où les accidents ne cèdent pas au traitement habituel par le massage, suivi de la pose d'un tampon ou d'un pessaire, Wiggin conseille de recourir au procédé de Mackenrodt. Dans quatre cas il a obtenu un résul tat immédiat bon mais ne parle pas de résultats éloignés.

Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynækologie, Wiesbaden, 1895.

Le volume rédigé par Bumm et Veit, contient le résumé des travaux gynécologiques et obstétricaux publiés pendant l'année 1894.

Le traitement chirurgical de la hernie inguinale (The surgical treatment of inguinal hernia), par Henry O. Marcy, Concord, 1895.

Documents sur l'hystérectomie abdominale totale pour fibremyomes utérins, par Guermonprez, Paris et Lille, 1895.

Ce petit volume contient une série de mémoires de Plouvier, de Duval, de Lannelongue, de Gross et de Guermonprez sur l'hystérectomie abdominale totale.

De la sécrétion urinaire après la cœliotomie (Secretion of urine after cœliotomy), par CHARLES B. PENROSE, Philadelphia, 1895.

49 hystérectomisées ont, en moyenne, uriné 13 onces et demie le premier jour, 14,9 le deuxième, 19,5 le troisième ; 50 ovariotomisées 13 onces le premier jour, 14,8 le deuxième, 18,7 le troisième. En réalité, lorsqu'on regarde le détail des tableaux de Penrose, on voit que ces moyennes ne peuvent donner une idée même approximative de la réalité, les variations individuelles ayant été des plus considérables, de 6 onces à 28 onces.

Polypes placentaires (Placental polypus), par ALBAN DORAN Londres, 1895.

Rupture des membranes et tamponnement.

Dans notre revue « *hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta*, etc. », nous avons dit que la thèse de M. Bourdier, élève du professeur Tarnier, était l'expression de l'enseignement du maître. Or, il est plus juste de dire l'expression *exagérée* de cet enseignement. En effet, en dépouillant les journaux du mois de janvier, nous avons trouvé, dans le nº 1 de la *Gazette médicale de Paris* (1), une leçon de M. Tarnier sur l'*insertion vicieuse du placenta*. Or, si nous y relevons ce passage : « Roux (de Dijon) proposa une autre méthode : le tamponnement. Cette nouvelle méthode, partie de Dijon, fit le tour de la France et de l'étranger, et bientôt les accoucheurs du monde entier purent apprécier ses qualités. En effet, c'est le meilleur traitement pour arrêter l'hémorrhagie, etc. », nous y relevons également celui-ci : « En somme, nous revenons à ce que disaient les anciens accoucheurs : il faut terminer l'accouchement le plus tôt possible.

Vous aurez donc deux moyens à votre disposition : la rupture des membranes ou le tamponnement et la dilatation artificielle, soit par le ballon de Barnes, soit par celui de M. Champetier. Les deux méthodes peuvent réussir. »

Dr R. LABUSQUIÈRE.

---

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1896, nº 1, p. 1.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Mars 1896

TRAVAUX ORIGINAUX

UN PREMIER RÉSULTAT ENCOURAGEANT DE PHOTOGRAPHIE INTRA-UTÉRINE PAR LES RAYONS X

Par **H. Varnier**, professeur agrégé à la Faculté, **James Chappuis**, professeur de physique à l'École Centrale, **Chauvel**, interne des hôpitaux, et **Funck-Brentano**, répétiteur à la Clinique Baudelocque (1).

Il s'agit, empressons-nous de le dire pour réduire cette communication à sa juste valeur, d'un utérus gravide extirpé en décembre 1894 et conservé depuis dans l'alcool.

C'est à dessein, pour aller du simple au composé, que nous avons commencé nos expériences dans ces conditions qui réduisent la difficulté à son minimum, bien qu'il s'agisse déjà d'un organe ayant quatre fois l'épaisseur de la main.

Étant donnés l'outillage encore rudimentaire dont on disposait, le peu que l'on savait sur les conditions favorables ou défavorables à la production du phénomène de Röntgen, la longue durée de pose qui semblait jusqu'ici nécessaire, on ne pouvait que courir à un échec certain en expérimentant d'emblée sur la femme vivante ayant dans l'utérus un fœtus vivant et par conséquent mobile. C'était risquer de décourager les expérimentateurs, et de faire conclure prématuré-

(1) Note présentée à l'Académie de médecine par M. le professeur Pinard. Séance du 10 mars 1896.



FIG. 1



FIG. 2.

Ainsi reconstituée, la pièce a été exposée à l'action des rayons X.

La planche ci-jointe représente une épreuve phototypique du cliché ainsi obtenu ; c'est cette épreuve que nous allons décrire :

On voit nettement : 1° la silhouette du corps de l'utérus vu d'arrière, avec les annexes ; 2° la paroi musculaire dont on peut suivre en certains points les inégalités d'épaisseur ; 3° en clair, dans ce cadre sombre, la cavité utérine très large du haut, étroite du bas.

Les deux traînées blanches verticales, qui maculent l'épreuve, indiquent le siège des coupes autrefois pratiquées ; les deux bandes sombres, qui les croisent perpendiculairement, en haut et en bas, montrent la place occupée par les deux anneaux de caoutchouc.

Au centre est une tache due à l'adhérence du papier d'enveloppe au cliché.

On voit, plus nettement encore, se détacher en foncé la silhouette du fœtus, collée contre la paroi en haut et à droite de la vaste cavité utérine, depuis le fond jusqu'à 4 centim. environ de la partie la plus déclive du segment inférieur.

La tête est en bas, fléchie sur la poitrine au point que le sous-menton touche la partie antérieure du thorax. Cette tête, dont le volume est plus considérable que celui de l'extrémité pelvienne, se présente complètement de profil, tandis que le dos est obliquement tourné en arrière et à droite, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la direction de la colonne vertébrale et des côtes qui se dessinent en plus foncé.

On voit bien le profil de la tête, en particulier la nuque, l'occiput, le vertex et le front. A partir de la glabelle jusqu'au sternum on suit, moins facilement, le profil du nez et de la bouche.

On voit l'un des membres thoraciques, fléchi dans l'articulation du coude, porter sa main sur le front ; on devine l'autre.

Dans celui qu'on voit, on remarque, vers le coude, deux

bandes noires parallèles à l'axe de l'avant-bras, séparées par un espace plus clair et qui sont le radius et le cubitus.

La silhouette du tronc est vigoureusement découpée.

Du siège on voit se détacher, en demi-flexion, les deux membres pelviens dont un surtout, bien marqué, laisse reconnaître : la cuisse dans son tiers inférieur, le genou, la jambe; dans la cuisse, le fémur est indiqué par une bande noire.

En résumé : la double paroi d'un utérus gravide, durcie par l'alcool, doublée par la vessie, le placenta, le rectum, de la graisse, s'est laissé traverser par les rayons X plus facilement qu'une bande de caoutchouc d'un demi-millim. d'épaisseur. Grâce à cette perméabilité, que ne présentent pas au même degré, en raison de leur épaisseur, les parties molles du fœtus, on voit sur l'épreuve photographique le fœtus en place, et on le voit plus nettement qu'il n'apparaît à l'œil nu, à travers sa seule enveloppe chorio-amniotique, lorsqu'il a été expulsé de l'utérus dans un avortement en un temps.

On peut dès maintenant entrevoir une première application de la découverte de Röntgen à l'étude anatomo-pathologique du conteuu de l'utérus gravide. Jusqu'ici, lorsque nous voulions nous rendre un compte exact de la situation, de l'attitude du fœtus dans l'utérus cadavérique, nous avions une précieuse ressource dans les coupes par congélation. Mais si la congélation a de grands avantages au point de vue de l'étude macroscopique, elle n'est pas sans quelques inconvénients pour l'étude histologique. Les préparations micrographiqnes obtenues après congélation n'ont pas la netteté des préparations obtenues grâce à l'immersion directe dans un liquide conservateur.

Or des expériences (1) nous portent à croire que nous pourrons, au moins pour les utérus gravides jeunes, recueillis

(1) MM. Chappuis et Chauvel ont observé en effet : 1° qu'un foie d'homme décédé depuis quarante-huit heures, et un foie de chien mis en expérience immédiatement après la mort, avaient la même perméabilité; 2° que, sous la même épaisseur, l'albumine coagulée et non coagulée ne présentait aucune différence de perméabilité.



Coupe sagittale, moitié droite, d'un utérus gravide de 3 mois 1 2, grandeur naturelle (PINARD et VARNIER).

à l'autopsie, renoncer à la congélation, c'est-à-dire assurer l'étude histologique parfaite sans perdre pour cela, au point de vue de l'étude topographique, des pièces dont chacun connaît le prix et la rareté. Il suffira de faire, aussitôt après l'extraction, une photographie du contenu par les rayons X.

La même remarque est applicable aux œufs des premiers mois expulsés en bloc.

Dans une prochaine communication nous nous proposons d'exposer les résultats obtenus par l'application des rayons X: 1° à un utérus gravide de la seconde moitié de la grossesse extrait du ventre; 2° à des utérus gravides de six, sept et huit mois *in situ*, conservés dans les mêmes conditions que celui qui fait l'objet de cette note.

Nous pensons pouvoir, de cette façon, dégager méthodiquement quelques-unes des inconnues auxquelles nous nous serions heurtés de prime abord, si nous avions tenté d'emporter la place d'assaut, sans travaux d'approche.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE GÉMELLAIRE PROBABLEMENT TUBAIRE. RÉTENTION PENDANT QUINZE ANS D'UN FŒTUS MORT A TERME. LAPAROTOMIE. EXTIRPATION DU SAC ET DE SON CONTENU. GUÉRISON

Par le Dr **Folet**,
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille.

Les grossesses extra-utérines allant à terme sont rares, et rares entre toutes parmi celles-là les grossesses tubaires; on n'en compte, je crois, que sept observations authentiques. Plus rares encore sont les grossesses extra-utérines parvenues à terme où, après la mort spontanée du fœtus, ce fœtus intact et son kyste d'enveloppe séjournent des années dans le ventre sans produire d'accidents. C'est à cette catégorie qu'appartenait le fœtus de Quimperlé, présenté par M. Sappey en 1883, à l'Académie des sciences. La tumeur, trouvée à l'autopsie, était située en dehors de l'utérus sur le

trajet de la trompe droite, dans laquelle elle s'était manifestement développée; le fœtus à terme était intact. La rétention avait duré cinquante-six ans.

J'ai récemment observé une grossesse extra-utérine, grossesse gémellaire, dans laquelle un des fœtus, parvenu à terme et demeuré intact, était mort depuis quinze ans au moins. Cette grossesse, je n'ai pas la certitude absolue qu'elle fût tubaire, mais j'ai quelque raison de croire qu'elle l'était. Enfin le kyste et les fœtus y contenus ont été extirpés par la laparotomie avec plein succès.

C'est ce fait, curieux à bien des titres, dont je soumets l'observation et les pièces à l'Académie de médecine.

Barbe M..., âgée de 49 ans, entre le 2 juin 1894 dans le service de la Clinique chirurgicale de l'hôpital St-Augustin, nº 13. Cette femme, d'une intelligence très bornée, parlant très mal le français, nous raconte dans un mauvais flamand qu'elle porte une tumeur dans le ventre depuis de longues années, mais qu'elle n'en souffre que depuis un an. Comme l'interrogatoire était malaisé et l'examen facile, on s'appesantit surtout sur celui-ci. Ce fut un tort.

Tumeur emplissant le ventre et remontant à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, assez mobile sur sa partie inférieure, de consistance uniformément dure, très dure, ligneuse en certains points, non bosselée, non douloureuse au palper, mate dans toute son étendue.

Au toucher, le col est un peu reporté à droite. Les mouvements donnés à la tumeur paraissent transmis à l'utérus. Le col est petit, l'utérus ne mesure au cathétérisme que 5 centimètres de hauteur.

Le diagnostic, erroné d'ailleurs, fut : fibrome volumineux, incrusté par places d'indurations calcaires. Traitement : hystérectomie abdominale à faire par le procédé de Doyen.

L'opération fut pratiquée le 14 juin.

Dès l'ouverture du ventre, je tombe sur une poche, assez épaisse mais de tissu souple et dépressible, à travers laquelle mon doigt palpe un rebord osseux très net (l'un des pariétaux du fœtus ayant chevauché sur l'autre): et je rectifie immédiatement

mon diagnostic. Il s'agit d'une grossesse extra-utérine. La poche est partiellement adhérente à la paroi abdominale dont il faut la détacher avec précaution. Le sac ne paraît contenir aucun liquide, il se moule hermétiquement sur les parties pelotonnées et dures du fœtus, formant un ovoïde régulier et compact. Je place la malade dans l'inversion pour ne pas être gêné par la masse intestinale et je continue l'opération. Je décortique le sac en détachant lentement à l'aide du doigt les adhérences nombreuses, mais pas très solides, qui l'unissent à l'intestin ; adhérences dues évidemment à des poussées de péritonite assez récentes, celles-là mêmes qui avaient depuis un an occasionné les douleurs accusées par la malade. Une seule ligature est nécessaire. Mon intention était d'isoler complètement la tumeur et de l'enlever en totalité ; ou, si je ne réussissais à l'isoler qu'imparfaitement, de l'attirer autant que possible hors du ventre, d'ouvrir le sac, de le vider de son contenu fœtal, de le nettoyer soigneusement, puis de le suturer en collerette à la partie inférieure de la plaie, en réséquant les portions exubérantes des parois kystiques; de faire, en un mot, la marsupialisation.

La décortication était très avancée et je n'avais plus à décoller que le fond, lequel à la vérité paraissait fixé par des adhérences solides. Tout à coup, comme j'exerçais des tractions modérées sur la masse, tandis qu'une main introduite dans l'abdomen, agissant comme un rétroceps sur la face postérieure de la tumeur, la poussait au dehors, la paroi du sac se rompit, en couronne, circulairement, à l'union des cinq-sixièmes supérieurs avec le sixième inférieur de la tumeur, sans qu'une seule goutte de liquide s'écoulât, me laissant en main la presque totalité du kyste avec son contenu ; le reste, débris du sac demeuré dans le ventre, représentait une sorte d'entonnoir ou de cupule adhérente par sa face externe aux organes pelviens.

J'aurais peut-être pu alors déterminer exactement la situation des organes par rapport au sac. Mais, outre que cette détermination n'eût pas été commode, j'avoue que, cherchant avant tout la sécurité de mon opérée, je fis saisir la collerette de la capsule kystique restante par une série de pinces, l'amenai à la partie inférieure de la plaie aux lèvres de laquelle je la fixai par huit sutures à la soie. Puis, m'étant assuré que rien ne saignait, je plaçai dans le péritoine un gros drain entouré de gaze iodofor-

mée, et je suturai les parois dans tout le reste de la hauteur de l'incision.

La marche de la guérison fut idéale. Pas un instant la température ne monta au-dessus de 37°,5. En six semaines la cavité de ce qui restait du kyste, lavée et bourrée de gaze iodoformée, avait complètement disparu, et la cicatrisation était parfaite.

Quelques jours après l'opération, ayant déniché un interprète qui entendait le patois flamand de la malade, j'appris que cette femme, qui avait eu quatre enfants à terme, s'était une cinquième fois crue enceinte il y a seize ans et avait senti les mouvements fœtaux. Puis, arrivée à neuf ou dix mois, elle eut un faux travail, expulsa du sang et des membranes et perdit du sang durant six semaines Mais, n'accouchant pas et ne sentant plus remuer l'enfant, elle se persuada qu'elle s'était trompée et qu'elle n'avait pas eu de grossesse; d'autant plus que le volume du ventre diminua un peu et que les règles revinrent (elles n'ont cessé qu'il y a trois ans).

Cependant, au bout de deux ou trois ans elle consulta un médecin qui, sans s'expliquer formellement sur le diagnostic, lui conseilla de ne rien faire; conseil qu'elle suivit jusqu'au jour où les douleurs éprouvées par elle à plusieurs reprises depuis le milieu de l'année dernière, l'amenèrent dans mes salles. Si j'avais eu ces détails plus tôt, il est vraisemblable que j'eusse fait le diagnostic exact.

Examen des pièces anatomiques. — La surface externe du kyste est lisse, revêtue d'épithélium séreux, sauf aux endroits nombreux où se voient les débris des adhérences déchirées au cours de l'opération.

La paroi est presque partout dure mais assez friable, épaisse de 3 millimètres. Dans certains points elle est beaucoup plus mince et comme adhérente à la peau du fœtus principal dont on parvient pourtant à la séparer sans déchirure.

Histologiquement (1) la coupe montre qu'elle est constituée presque en totalité par un tissu conjonctif dense qui occupe à peu près les quatre cinquièmes de l'épaisseur. Ce tissu est formé de fibres lamineuses épaisses, disposées toutes parallèlement

---

(1) Tous les détails histologiques de ce travail sont dus à mon très distingué collègue M. le Dr Curtis, agrégé à la Faculté de Lille.

entre elles et à la surface de la poche. Elles sont fortement serrées les unes contre les autres et constituent un tissu analogue à celui d'une aponévrose. Quelques vaisseaux petits et peu nombreux cheminent dans l'épaisseur de la paroi. Vers l'extérieur de la poche, le tissu devient plus lâche et se dissocie irrégulièrement. La coupe se termine de ce côté par un bord indécis. Il n'existe aucune trace d'une zone limite, ni d'un revêtement endothélial.

Vers la face interne de la poche, le tissu conjonctif est revêtu d'un plan très net de fibres lisses disposées en nappes continues. Sur certaines coupes les fibres apparaissent toutes coupées en travers, sur d'autres, toutes sont longitudinales.

La couche musculaire toutefois n'apparaît pas brusquement, mais une transition bien marquée s'observe entre les deux tissus qui constituent la paroi. A mesure qu'on s'approche des régions musculaires, on voit en effet les fibres conjonctives s'écarter par places et enclaver des groupes de fibres lisses qui finissent par se confondre en un plan unique de texture assez serrée. Dans cette couche musculaire existent des vaisseaux artériels et veineux d'assez gros calibre. La couche musculaire se termine également vers la surface interne de la poche sans limites nettes.

Cette structure de la poche semble indiquer que le kyste est formé par la trompe dilatée. L'existence d'une même couche musculaire continue à fibres circulaires et longitudinales, paraît s'accorder mal avec toute autre origine du sac fœtal.

La poche ne renferme aucun liquide, mais seulement une très petite quantité d'une sorte de cambouis brunâtre, graisseux au toucher. Elle contient deux fœtus avec leur cordon et des débris de placenta très dégénéré.

On a relevé pas mal de grossesses extra-utérines gémellaires. Pinard, d'après les chiffres donnés par Parry, compte une grossesse multiple sur vingt-trois grossesses extra-utérines. La grossesse gémellaire serait donc quatre fois plus fréquente dans la grossesse extra-utérine. Ici l'un des deux fœtus était mort vers le troisième mois sans doute, l'autre continuant à se développer, était parvenu à terme. Il est du sexe féminin. Déployé, il mesure 46 centim. du vertex aux

pieds. Les ongles sont bien développés. Il est pelotonné sur lui-même, les membres fléchis ainsi que vous le voyez sur la pièce et sur cette photographie.

Ce n'est pas à proprement parler un lithopédion. Il n'a pas la dureté pierreuse et ses tissus sont souples et nullement calcifiés. Ils se sont comme densifiés (consistance du lard cuit); ce qui fait que, déployés, les membres conservent les empreintes des parties qui se touchaient dans le pelotonnement. Si, sur la cuisse et le bras, on taille un segment de la peau jusqu'à l'os (en côte de melon), sur ce segment la peau et les muscles sous-jacents sont parfaitement reconnaissables et à l'œil nu et au microscope.

Muscles. — Les muscles sont remarquables par leur état de conservation. Les fibres musculaires sont partout de calibre normal et *presque toutes très nettement striées en travers*. Cette striation transversale est aussi nette que sur un muscle frais bien fixé par l'alcool. Toutefois les fibres quoique bien striées ont un *aspect hyalin particulier et toutes sont fragmentées transversalement d'une manière très régulière en segments d'égale longueur*. La cassure de ces segments est nette et très réfringente. En quelques points, la fibre musculaire est tout à fait homogène, sans trace de striation ; ailleurs elle se montre un peu gonflée et légèrement granuleuse. Ces altérations sont rares.

Les matières colorantes sont impuissantes à déceler aucun détail dans ce tissu : ni le picro-carmin, ni l'hématoxyline, ni le bleu de méthyle ne colorent aucun noyau.

Le picro-carmin colore le muscle faiblement en jaune.

L'hématoxyline colore l'ensemble du tissu en violet.

Les couleurs d'aniline basiques colorent fortement la fibre musculaire qui reste colorée après lavage à l'alcool.

L'éosine colore également la fibre en rouge d'une manière diffuse.

L'iode teint le muscle en brun foncé.

Tissu conjonctif. — Le tissu conjonctif du derme montre la structure normale. Les fibres lamineuses paraissent très

bien conservées comme forme et comme dimension. Elles s'entre-croisent en divers plans et en sens variés et montrent ainsi dans toutes les directions : éléments cellulaires rares, et impossibles à colorer par les colorants nucléaires.

Les fibres lamineuses offrent ceci de particulier qu'elles n'ont plus du tout l'aspect strié ou ondulé qu'elles présentent dans un derme normal. Elles sont au contraire tout à fait homogènes et comme rigides et donnent l'impression de filaments de verre fortement intriqués. Elles ont d'ailleurs perdu toutes leurs réactions colorantes normales et ne se teignent que d'une manière diffuse sous l'influence des couleurs d'aniline basiques et acides. Vers la surface du derme le tissu se condense en une zone limitante tout à fait homogène qui termine le profil de la coupe. L'épiderme fait défaut. Dans toutes les altérations précédentes, il n'y a ni dégénérescence hyaline proprement dite, ni dégénérescence amyloïde. En un mot, il s'agit *ici d'une dégénérescence spéciale des tissus*, qui se rapproche de la nécrose de coagulation de Weigert, mais en diffère par l'aspect transparent et hyalin des éléments (1).

De l'autre fœtus, le thorax et la tête sont très aplatis, comprimés qu'ils étaient entre le grand fœtus et le sac; ils sont néanmoins reconstituables et les membres sont distincts. Un pied et une main sont très visibles sur la photographie.

Les cordons des deux fœtus aboutissent à un placenta unique, situé à la partie inférieure du sac. Dégénéré, méconnaissable, il est représenté par une substance qui s'effrite en lamelles à la moindre traction, sorte d'amadou rouge brun, dont une partie est restée enclavée dans la collerette kystique demeurée dans le ventre et s'est éliminée par la suite. Au microscope, ces lamelles présentent des dispositions lacunaires confuses, vestiges informes du tissu placentaire.

---

(1) Une description complète et détaillée de cette singulière dégénérescence sera publiée plus tard par M. le Dr Curtis.

L'extraction complète du kyste et de son contenu a souvent réussi dans les cas de grossesse extra-utérine avec fœtus mort, remontant à une date éloignée. Maygrier a réuni 7 cas d'ablation complète du kyste, dans des cas de rétention du fœtus mort; tous les 7 se sont, comme le nôtre, terminés par la guérison. Tandis qu'une série de 70 observations de rétention du fœtus mort, réunies également par Maygrier, où la laparotomie simple a été pratiquée, le kyste étant laissé dans le ventre, donne 25 morts, soit 35,7 p. 100. On aurait tort pourtant de conclure de ces statistiques semblables à une sécurité complète donnée par l'opération radicale. Toutes ces statistiques sont fatalement fausses, parce qu'elles réunissent sous une même rubrique des cas analogues, mais présentant des coefficients de gravité absolument inégale; le pourcentage des chances que l'on en tire, est donc tout à fait illusoire.

Ici, par exemple, toutes les conditions étaient favorables, plus aucune circulation fœtale, poche solide, pas de liquide dans le kyste, fœtus momifiés et non septiques ; excellente santé de la mère. L'opération bien faite devait guérir; les quelques adhérences extérieures du sac n'étaient pas une affaire. C'était une opération de choix.

J'ai opéré l'année dernière, avec mon excellent collègue M. Gaulard, une femme qui portait aussi une grossesse extra-utérine depuis huit ans. Des accidents infectieux se manifestaient depuis plusieurs semaines : température élevée, dépérissement. Nous opérions par nécessité. Je tombe sur une poche adhérente à tous les organes voisins, dont la paroi, véritable toile d'araignée, se déchirait sous la moindre traction, de telle sorte qu'il fut à peine possible d'amener les bords de l'incision kystique au contact des bords de l'incision abdominale. Dans le sac nageait au milieu d'une boue liquide infecte, un fœtus en morceaux, qui fut extrait en vingt ou trente prises, les intestins étant tenus écartés ou protégés aussi bien que possible. La marsupialisation fut faite, suivie de lavages détersifs.

La malade mourut en trente-six heures.

Peut-on comparer ces deux cas, qui cependant peuvent être rangés dans une même colonne statistique; et peut-on tirer de leur réunion une conclusion sérieuse ? Toutes les statistiques opératoires analogues sont, à des degrés divers, passibles du même reproche.

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE

Leçon faite par le Dr **G. Lepage**, suppléant le Dr **P. Bar**, à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis.

Avant de quitter ce service que j'ai eu l'honneur de diriger pendant six mois, je tiens à vous résumer les six observations de femmes ayant le bassin vicié, et chez lesquelles j'ai pratiqué la symphyséotomie à la maternité de Saint-Louis, du 1er août 1895 jusqu'au 30 janvier 1896.

C'est à l'heure actuelle une des questions les plus intéressantes de l'obstétrique opératoire que celle des indications de l'*agrandissement momentané du bassin*; l'accord est loin d'être fait entre les accoucheurs qui restent partisans de la provocation de l'accouchement dans les bassins rétrécis et ceux — en tête desquels luttent si brillamment Pinard et Varnier — qui rejettent l'accouchement provoqué et pratiquent la section de la symphyse lorsque l'expulsion spontanée du fœtus n'a pas lieu.

Une telle question ne peut être complètement jugée qu'à la longue et par l'étude détaillée de *statistiques intégrales*, aussi n'ai-je pas l'intention de tirer des conclusions des six cas suivants, mais de contribuer simplement à résoudre le problème si complexe de la *meilleure conduite à tenir dans les bassins viciés*. Voici ces six observations :

Obs. 1. — **647**. — La nommée V.O..., âgée de 36 ans, couturière, entre à la maternité de Saint-Louis, le 13 août 1895.

Antécédents personnels. — Élevée au biberon, elle a commencé

à marcher à l'âge de 18 à 20 mois. Elle n'a jamais eu de maladie dans son enfance, mais elle a toujours été un peu souffrante, « difficile à élever ».

Réglée à 14 ans, depuis menstruation régulière.

Elle a déjà eu une grossesse qui s'est terminée spontanément à terme. L'enfant est bien portant actuellement. L'enfant était peu volumineux à sa naissance, paraît-il.

Quatre ans après, la malade a eu un érysipèle de la face, soigné par un médecin de la ville et guéri 15 jours après.

2e *grossesse actuelle*. — Les dernières règles datent du 5 au 10 novembre 1894.

Aucun malaise pendant le cours de sa grossesse.

Cette femme entre à la maternité de l'hôpital Saint-Louis le 13 août à 9 heures du matin, avec quelques douleurs, ayant commencé vers minuit.

A l'examen on trouve un utérus qui mesure 35 centim. du fond au bord supérieur du pubis. Au palper le dos du fœtus est à gauche, le siège au fond de l'utérus, la tête non engagée en G.T.

Les bruits du cœur sont bons ; le maximum d'intensité s'entend à gauche de la ligne médiane un peu au-dessous de l'ombilic.

Au toucher, dilatation égale à une pièce de un franc. Membranes entières. Sommet au-dessus du détroit supérieure en G. T. On explore toute la face antérieure du sacrum et on arrive sur le promontoire qui est situé assez haut. A la mensuration, M. Lepage trouve comme diamètre P. : S. P. 9 centim. 8 sans déduction.

11 heures. Contractions faibles et espacées. Même dilatation. Bruits du cœur bons.

1 h. 15 Dilatation entre deux et cinq francs. Membranes entières. Bruits du cœur bons.

3 heures. Dilatation de cinq francs. Contractions espacées et faibles.

5 heures. Même dilatation. Bruits du cœur bons.

7 heures du soir. Dilatation comme cinq francs. Membranes entières. Bruits du cœur bons. Contractions espacées, mais énergiques.

9 heures du soir. Même dilatation. Membranes entières. Bruits du cœur bons.

Cette nuit la malade n'a pas reposé ; elle a eu des contractions énergiques, mais espacées.

14 août, 7 heures du matin. Dilatation comme une paume de main. Écoulement du liquide amniotique. Bruits du cœur bons.

8 h. 15 du matin. Les contractions sont assez énergiques et paraissent plus rapprochées.

La dilatation est égale à une paume de main, la tête commence à s'amorcer au détroit supérieur. Bruits du cœur bons.

9 h. 45. Rupture artificielle des membranes. Il s'écoule du liquide teinté de méconium. Sommet qui commence à s'engager en O.I.G.P. Tête mal fléchie. Contractions assez énergiques, mais espacées.

11 heures. L'orifice tend à revenir sur lui-même, les contractions, qui étaient énergiques avant la rupture des membranes, sont plus faibles et plus espacées ; il s'écoule toujours un peu de liquide verdâtre, mais les battements du cœur restent bons.

1 h. et demie. L'orifice, qui avait une dilatation comme une paume de main, est maintenant dilaté comme une pièce de deux francs. La tête, toujours mal fléchie, ne s'engage que par sa voûte.

2 h. et demie. Même état de l'orifice. La tête ne progresse pas. Il n'y a que la voûte qui pointe dans l'excavation. Les bruits du cœur restent bons, cependant il semble urgent de prévenir immédiatement M. Lepage pour l'intervention.

2 h. 45. M. Lepage examine de nouveau la malade et lui fait donner du chloroforme.

2 h. 55. M. Lepage commence la symphyséotomie. Il fait une incision de 3 cent. sur la ligne médiane, incision dont l'extrémité inférieure est à 1 cent. du clitoris maintenu par une pince à forcipressure.

3 h. 5. La section de la symphyse est complète. On entend le craquement caractéristique et l'articulation s'entr'ouvre.

Immédiatement M. Lepage fait une application de forceps. Il commence par la branche gauche ; il place ensuite la branche droite et fait facilement l'extraction.

3 h. 10. L'enfant est hors de la vulve. Il baigne dans un liquide amniotique verdâtre. On coupe le cordon. La durée totale du travail a été de 39 h. 20. L'enfant est porté sur le lit. Son poids est de 3,000 gram. Sa longueur totale de 50 cent. Le cœur bat. L'enfant ne respire pas, est ramené à la vie par des frictions à l'alcool et des insufflations avec l'insufflateur de Ribemont. Il pousse bientôt de légers cris.

3 h. 20. La délivrance se fait par expression exercée par M. Dujon, interne du service. On fait une injection à la femme, on lui met un tampon vaginal. M. Lepage pratique les sutures, trois profondes à la soie et deux cutanées au crin de Florence. Pansement à la gaze iodoformée.

La malade est reportée dans son lit les jambes fixées l'une contre l'autre par deux serviettes, l'une sus-malléolaire, l'autre passant au-dessus des genoux.

Diamètres de la tête de l'enfant.

Occipito-frontal	11,3
Occipito-mentonnier	13,5
Bi-pariétal	9,5
Bi-temporal	8
Sous-occipito-bregmatique	10

Le pariétal gauche est enfoncé au-dessous du pariétal droit et sous le frontal droit. Le frontal gauche chevauche légèrement sur le frontal droit. L'occipital est enfoncé sous les deux pariétaux. L'empreinte du promontoire se trouve marquée à 1 cent. 1/2 en dehors de la suture sagittale, un peu au-dessus de la bosse pariétale gauche.

État des annexes.

Placenta	620 gr.
Cordon	50 cent.
Membranes	entières
Liquide amniotique teinté de méconium...	

Les suites de couches sont apyrétiques: T. maxima 37°,4. Les fils sont enlevés le septième jour. La mère et l'enfant quittent le service en bon état, le 6 septembre.

Obs. 2. — **687**. — La nommée B..., âgée de 36 ans, femme de ménage, entre à la maternité de Saint-Louis, le 25 août 1895, à 9 heures et demie du soir.

Elle est enceinte pour la cinquième fois et à terme, ses dernières règles ayant eu lieu le 20 novembre 1894.

Elle a des douleurs depuis 2 h. et demie du soir, 25 août.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants, trois frères en bonne santé.

Antécédents personnels. — La malade a été élevée au sein, elle n'a marché qu'à l'âge de 2 ans.

1re grossesse. — Enfant vivant, du sexe masculin du terme de 6 mois, mort au bout d'une heure environ.

2e grossesse. — Enfant vivant, du sexe masculin du terme de 8 mois, mort au bout de deux jours.

3e grossesse. — Enfant vivante, du sexe féminin, du terme de 9 mois; ayant présenté le siège, mort également dans les jours qui ont suivi l'accouchement.

4e grossesse. — Enfant vivant, du sexe masculin, à terme, extrait par une application de forceps, mort peu de temps après l'accouchement.

5e *grossesse actuelle.* — Les dernières règles datent du 20 novembre.

La malade a perdu de l'eau.

L'examen obstétrical donne à une sage-femme du service les renseignements suivants :

Palper. — Paroi abdominale chargée de graisse et masquant les caractères de la présentation, œdème sous-pubien assez considérable.

Auscultation. — Bruits du cœur fœtal normaux.

Toucher. — Col effacé, dilatation comme 1 fr., tête peu engagée dans l'excavation pelvienne.

On ne constate pas de rétrécissement du bassin et cette malade est envoyée chez une sage-femme de la ville où elle reste jusqu'au lundi 26 août, 11 heures du matin, heure à laquelle elle entre de nouveau à la maternité de Saint-Louis.

A 11 h. et demie, Dujon tente une application de forceps. La tête est au détroit supérieur en O.I.G.T. La branche gauche est placée la première. La branche droite est placée ensuite par un mouvement de spire. On tire avec le tracteur doucement pendant un quart d'heure. Rien ne vient; le forceps est enlevé et on téléphone à M. Lepage.

M. Lepage arrive à 1 heure de l'après-midi; il constate que les bruits du cœur fœtal sont assez irréguliers et qu'il existe un rétrécissement du bassin.

Il tente une application de forceps. La tête est toujours au détroit supérieur en O.I.G.T. L'application reste inutile.

Alors on endort la malade, on la rase, on fait la toilette vaginale et M. Lepage procède à la symphyséotomie.

Il fait à 1 cent. au-dessus du clitoris une incision verticale de 3 à 4 cent. d'étendue et va à la recherche de la symphyse avec la pulpe de l'index gauche. La section de la symphyse est faite au bistouri boutonné, sur le doigt conducteur.

L'enfant du sexe masculin est extrait au forceps : il est promptement ranimé. Il pèse 4,510 gr. Les principaux diamètres de la tête sont : O.M. 14 cent., O.F. 13 cent., B.P. 10 cent. et demi. Bi-T. 9 cent., 25, O.B. 11 cent. 3.

La délivrance artificielle est faite un quart d'heure après l'extraction du fœtus.

Au moment de l'injection on s'aperçoit qu'il y a une déchirure de la partie supérieure et droite du vestibule, faisant communiquer le vagin avec la plaie. L'urèthre est dévié vers la gauche. Cette déchirure est fermée au catgut. Les sutures de l'incision sont faites, les superficielles au crin de Florence, les profondes à la soie. Pansement iodoformé. Liens maintenant accolées les deux jambes. Ceinture métallique.

27 août. M. Lepage sonde la malade, qui n'a pas uriné depuis son opération. T. M. 37° ; T. S., 37°,2.

Le 28. Mlle Guillory sonde la malade, T. M. 36°,8 ; T. S. 37°,6.

Le 29. T. M., 37°,2. T. S., 37°,6.

Le 30. Matin et soir, Mlle Guillory sonde la malade.

Le 31. T. M. 37°,4. ; T. S. 37°,8.

2 septembre. La malade a du pus dans ses urines ; on continue à la sonder, on fait par jour quatre lavages de vessie à l'eau boriquée, T. M. 37°,6 ; T. S. 38°,8.

Le 5. On enlève les fils. La cystite diminue. L'enfant va bien.

Le 10. Cystite disparue. On cesse les injections, on enlève les deux derniers fils qui restaient, ainsi que la ceinture métallique.

Le 17. T. M. 37°,6 ; T. S. 38°,2.

Le 22 septembre. La malade se lève ; marche péniblement ; le soir, température 38°.

Le 23. La température est descendue à 37°.

Le 24. La malade s'est levée pendant une demi-heure.

Elle se plaint de douleurs très intenses au niveau du méat urinaire.

Le 28. La malade accuse une douleur beaucoup plus intense.

2 octobre. La malade va bien, mais se plaint d'être mouillée constamment.

Le 7. M. Lepage examine la malade et ordonne des injections très chaudes au sublimé.

Le 9. La malade va bien et n'a pas d'incontinence d'urine. Elle marche bien.

L'enfant pèse à la sortie 5 k. 430.

Obs. 3. — **725**. — La nommée L..., âgée de 24 ans, journalière, entre à la salle de travail, le 4 septembre à 1 heure du matin.

Antécédents héréditaires. — Père inconnu. Mère bien portante.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance, rougeole, fièvre typhoïde et scarlatine. Premières règles à 11 ans. Depuis, menstruation régulière et normale.

1er accouchement en 1892, à l'hôpital Tenon.

Voici la note qu'a bien voulu me remettre sur cet accouchement M. Champetier de Ribes. Cette femme arrive le 15 février 1891, à midi, souffrant très peu. Le 16, à 8 heures du matin, les douleurs sont plus fortes : présentation du sommet en O.I.G.T. Enfant vivant, col effacé. Bassin : diamètre promonto-sous-pubien : 10 centim., angle sacro-vertébral bas. La dilatation n'est complète que le 20 à 9 heures et demie du matin ; la tête reste au-dessus du détroit supérieur. A 10 heures et demie, anesthésie chloroformique, rupture artificielle des membranes : M. Champetier de Ribes fait trois applications de forceps et extrait un fœtus du poids de 2,960 gr. qui est insufflé pendant 2 heures et qui meurt une demi-heure après avoir été ranimé.

2e accouchement en 1892 d'un enfant à terme, à la Maternité de Saint-Louis. Version par manœuvres internes : enfant extrait vivant qui pèse 3,050 gr. et qui meurt ensuite. Diam. 9 c. 5 (Bar).

3e accouchement en 1893, Maternité de Saint-Louis ; accouchement prématuré provoqué. L'enfant a actuellement 20 mois.

4e *grossesse actuelle*. — Dernière apparition des règles inconnue. La malade a commencé à éprouver des douleurs le 2 septembre à 6 heures du matin ; les membranes se sont rompues spontanément à 6 heures du matin le 3 décembre. Lorsque la malade arrive dans le service, elle est en travail depuis longtemps déjà et la dilatation est complète,

Présentation du sommet en position droite, variété transversale. Tête fixée au niveau du détroit supérieur. Bosse séro-sanguine volumineuse. Tête inclinée sur le pariétal postérieur. Les bruits du cœur sont bons. A 6 heures du matin la tête ne pro-

gresse pas; le doigt atteint la face antérieure du sacrum, mais la saillie que font la tête et surtout la bosse séro-sanguine dans l'excavation empêche le doigt d'arriver sur le promontoire. Bruits du cœur bons.

A 10 heures du matin, M. Lepage constate le même état que précédemment. Il n'y a pas à songer à la version en raison de l'amorcement de la tête et de la rétraction de l'utérus.

La dilatation étant complète depuis plus de 9 heures, M. Lepage décide de pratiquer la symphyséotomie et fait endormir la malade. Une pince est placée sur le clitoris et confiée à un aide qui l'abaisse ; incision de 4 centim. sur la ligne médiane. L'extrémité inférieure commence à 1 travers de doigt au-dessus du clitoris : débridement au-dessus de la symphyse pour introduire l'index gauche derrière l'articulation. Section de l'articulation de haut en bas avec un bistouri boutonné. Au cours de l'opération il se produit au niveau du clitoris et des tissus caverneux voisins une hémorrhagie assez abondante qui s'arrête par la compression et par l'application de quelques pinces hémostatiques. La partie gauche du clitoris et de la petite lèvre correspondante à été légèrement déchirée par la pince qui l'abaissait.

A 10 h. 40, immédiatement après la section de la symphyse et après un écartement qui n'a pas été mesuré pour ne pas enlever le tamponnement inter-pubien, la tête s'engage, la malade a des contractions utérines fortes qui amènent bientôt l'expulsion spontanée d'un fœtus du sexe féminin qui naît en état de mort apparente, mais qui est bientôt ranimé sans avoir besoin de l'insufflation. Il crie au bout de 8 à 10 minutes. Cet enfant pèse 3 k. 400 et mesure 51 centim. de longueur. Principaux diamètres de la tête : O.F. 11,3. O.M. 12,5. Bi-P. 9,6. Bi-T. 8,1. S.O.B. 9,5. Délivrance naturelle à 11 heures du matin. Le placenta pèse 450 gr.

La plaie pubienne est réunie par 4 sutures profondes avec de la soie et 3 superficielles avec du crin de Florence ; 2 catguts sur la plaie clitoridienne. Pas de lésions des parties molles. Pansement iodoformé dans le vagin.

La tête du fœtus est très déformée ; bosse séro-sanguine volumineuse, siégeant sur le pariétal gauche. Empreinte du sacrum étendue au-dessous de la bosse pariétale droite. Le frontal gauche chevauche sur le frontal droit. Le pariétal gauche fait une saillie de 3 ou 4 millimètres au-dessus du pariétal droit. L'occipital est très enfoncé sous les deux pariétaux. T. S. 37°,4.

5 septembre. T. M. 36°,8; T. S. 36°,7. L'état général est bon; l'enfant tète sa mère. Le soir on pratique le cathétérisme.

Le 6. T. M. 36°,9; T. S. 37°,3. La malade urine spontanément, l'enfant va bien.

Le 7. T. M. 38°; T. S. 38°,4. État général bon. Montée laiteuse forte.

Le 8. T. M. 38°. Pas de frisson : on enlève le pansement iodoformé vaginal.

L'enfant commence à augmenter; après avoir pesé 3,250 le 6 septembre, il pèse 3,320.

Le 9. T. M. 37°,4; T. S. 37°,9.

Le 10. T. M. 37°,4; T. S. 37°. On fait à la malade 2 injections vaginales par jour.

Le 11. T. M. 37°; T. S. 37°,2. L'enfant pèse 3,410 gr.

Le 12. T. M. 37°,2; T. S. 37°,6. On enlève les fils de suture de la plaie pubienne. La réunion est bonne; la malade urine bien. On retire la ceinture métallique pour la mettre à une autre femme. A partir de ce moment la mère et l'enfant continuent à bien se porter. La température maxima de la mère est de 37°,2.

La malade se lève le 25 septembre. Le 20 septembre l'enfant pèse 3 k. 920 gr.

La mère et l'enfant quittent le service le 29 septembre en très bonne santé. La malade marche sans difficulté et ne souffre pas.

Obs. 4. — **735**. — La nommée O. D..., âgée de 27 ans, entre à la maternité de l'hôpital Saint-Louis, le 6 septembre 1895, à 5 h. 30 du matin. Les premières douleurs ont apparu le 5 septembre, à 9 heures du matin. Rupture de la poche des eaux à 2 heures de l'après-midi le 5 septembre.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents personnels. — N'a commencé à marcher qu'à l'âge de 4 ans. Rougeole à l'âge de 6 ans.

1re grossesse en 1888 : Accouchement à terme; extraction à l'aide du forceps d'un enfant mort, après cinquante-six heures de travail.

2e grossesse en 1889 : Accouchement spontané à terme d'une fille qui vit actuellement.

3e grossesse en 1891 : Accouchement spontané à terme, après dix heures de travail, d'un garçon mort de méningite à 17 mois.

4e grossesse en 1893 : Accouchement spontané à terme, après vingt heures de travail, d'un garçon qui vit actuellement.

5e grossesse, actuelle. — Dernières règles du 18 au 20 novembre 1894. Pendant les sept premiers mois de la grossesse, étourdissements et vomissements répétés.

Cette femme est amenée dans le service après avoir subi, en ville, cinq applications de forceps qui n'ont pu entraîner la tête. L'utérus remonte à 38 centim. au-dessus du pubis. Le siège est au fond de l'utérus, dos à gauche, tête fœtale amorcée. Les bruits du cœur s'entendent nettement à gauche de la ligne médiane et en avant.

Au toucher, on constate des lésions vulvo-vaginales produites par les applications de forceps. La dilatation est complète. Une bosse séro-sanguine volumineuse masque les fontanelles. *Les urines sont sanguinolentes.* Température axillaire : 38°,8. Pouls : 68.

A 10 h. 20 du matin, le 6 septembre, anesthésie chloroformique. Par le toucher, en repoussant légèrement la tête, M. Lepage atteint l'angle sacro-vertébral et mesure 10 centim. de diamètre promonto-sous-pubien. La bosse séro-sanguine étant volumineuse, introduction de la main pour reconnaître l'oreille postérieure qui se trouve juste au-dessus de l'angle sacro-vertébral et dont l'angle du pavillon est dirigé à gauche.

En raison des trois accouchements antérieurs spontanés, et en raison des interventions qui ont été pratiquées en ville, M. Lepage hésite à sectionner la symphyse du pubis et tente de terminer l'extraction du fœtus avec le levier préhenseur mensurateur de Farabeuf, sans agrandir le bassin au préalable.

La main droite est introduite dans les organes génitaux, le guide redresseur, tenu de la main gauche, est glissé sur le pariétal postérieur, puis sur cette branche-guide est placée la cuiller postérieure qui est maintenue solidement par un aide. La branche articulée, cuiller antérieure, est facilement introduite. Difficultés très grandes pour mettre le crochet qui réunit les deux cuillers. M. Lepage est obligé de retirer deux fois les cuiller et ce n'est qu'à la troisième application qu'il peut arriver à placer le crochet et à maintenir le levier bien articulé. Des tractions sont exercées pour engager l'un après l'autre les deux pariétaux, mais sans résultat. La symphyséotomie est décidée.

A 11 h. 5, section de la peau par une incision médiane et verticale dont la limite inférieure est à un travers de doigt au-dessus

du clitoris qui est abaissé par une pince à forcipressure. L'index gauche est glissé en arrière de la symphyse. Section de l'articulation avec le bistouri de haut en bas et d'arrière en avant. Hémorrhagie assez abondante au moment de la section de la partie inférieure de la symphyse. Il n'existe pas de lésions du vagin ni de la vulve à ce moment où l'on obtient un écartement de 5 centim.

A 11 h. 55, on commence les tractions. En raison des difficultes qu'il a eues pour appliquer le levier préhenseur, M. Lepage se sert du forceps, et l'applique comme pour une gauche transversale. Après quelques tractions, l'instrument a tendance à déraper : on le désarticule. C'est à ce moment qu'en pratiquant un toucher manuel plus complet, M. Lepage constate qu'il s'agit d'une variété frontale de la présentation de la face. La deuxième application est faite comme pour une droite transversale, c'est-à-dire en commençant par la branche droite; la tête est entraînée en transversale et ce n'est que tardivement qu'elle se dégage face en avant. L'enfant naît un peu asphyxié, mais il suffit de lui enlever les mucosités qui se trouvent dans le pharynx pour le ranimer. L'insufflateur Ribemont est introduit à trois ou quatre reprises dans la trachée, pour retirer des mucosités épaisses et verdâtres. C'est un garçon pesant 4 kilog. et ayant 51 centim. de longueur. Diamètres de la tête : O.F., 11 cent. 6 ; O.M., 13 cent. 3 ; Bi-P., 9 cent. 2 ; Bi-T., 8 cent. 5; S.O.Br., 10 cent. 3. Bosse séro-sanguine volumineuse siège en avant de la fontanelle antérieure.

A 11 h. 30, délivrance par expression. Le placenta pèse 580 gr.

A 11 h. 35, suture de la plaie pubienne avec trois points profonds à la soie et deux superficiels au crin de Florence.

Une déchirure s'est produite transversalement entre le clitoris et le vagin; elle est suturée au catgut. Les parties molles antérieures sont tellement tuméfiées et noirâtres qu'il n'est pas possible de retrouver l'orifice uréthral.

L'enfant présente une plaie contuse de la paupière inférieure gauche et de la narine du même côté. A la partie supérieure de la lèvre supérieure, partant du même côté et partant de l'aile du nez, on trouve une plaie contuse, arrondie, qui est due à l'application d'une cuiller du forceps. Sur la voûte palatine du même côté, plaie formant eschare. Au-dessus de la bosse pariétale droite, il existe une dépression avec enfoncement de l'os pariétal.

Les dimensions antéro-postérieures de cet enfoncement sont de 2 centim. et demi. Il semble légitime d'admettre que ces lésions ont été produites par les applications de forceps faites en ville.

On trouve en effet au voisinage de chacune des deux oreilles les empreintes des deux applications de forceps faites dans le service.

L'enfant crie bien. Il présente une paralysie faciale très marquée du côté gauche. La sensibilité est un peu diminuée du côté du membre inférieur droit. Pas de contractures des membres.

7 septembre. T. M. 37°,2; T. S. 37°. Pas de vomissements. Léger écoulement sanguin. État général bon. L'enfant est nourri au verre avec du lait de la nourrice. Il ne peut téter.

Le 8. T. M. 37°; T. S. 37°,6. État général bon. A la visite du matin il n'y a pas eu de miction; la vessie n'est pas distendue et la malade ne souffre pas. On décide d'attendre quelques heures pour pratiquer le cathétérisme. Dans la soirée, un flot d'urine s'écoule par le vagin, les urines recueillies ne contiennent ni sang ni albumine. A partir de ce moment, la femme perd ses urines goutte à goutte et se trouve constamment mouillée.

Le 9, T. M. 37°,2; T. S. 37°,1. L'incontinence d'urine persiste. L'enfant présente toujours une paralysie faciale très accusée et on ne le met pas au sein à cause des plaies contuses de la face et en particulier de la plaie de la voûte palatine.

Le 10. T. M. 37°; T. S. 37°,9. Les urines coulent par le vagin.

Le 11. T. M. 37°,2. T. S. 37°,3. On donne à l'enfant 40 grammes de lait de nourrice toutes les deux heures. La mère a les bouts des seins mal faits et la montée laiteuse n'a pas été considérable.

Le 12. T. M. 37°; T. S. 37°. L'enfant prend le sein de la mère. Il tète bien. Son cri est meilleur. Il pèse 3 kilog. 500. La plaie de la face est pansée avec des compresses boriquées.

Le 13. T. M. 36°,9; T. S. 36°,9. On enlève tous les fils, sauf un fil profond. L'enfant pèse 3 kilog. 450.

Le 14. T. M. 36°,9; T. S. 37°,2.

Le 15. T. S. 36°,9; T. S. 37°,4. On enlève le dernier fil. Plaie pubienne bien réunie. L'écoulement de l'urine persiste.

Le 17. L'enfant est électrisé tous les jours pendant 10 minutes avec des courants continus.

Le 20. État de la mère et de l'enfant assez satisfaisants. L'enfant pèse 3 kilog. 650. Il est allaité presque entièrement par sa

mère. On applique la ceinture métallique de Pinard qui n'a pu être mise après l'opération, parce qu'elle servait à une autre femme.

Le 28. M. Lepage examine la femme et constate qu'en injectant un liquide coloré dans la vessie à l'aide d'une sonde introduite dans l'urèthre, le liquide ressort au niveau du col utérin. Il conclut à l'existence d'une fistule vésico-utérine et place une sonde à demeure dans la vessie.

Le 29. La malade urine par la sonde à demeure dans la vessie.

1er octobre. L'écoulement d'urine se fait toujours par la sonde.

Le 3. Dans le but d'augmenter la capacité de la vessie, on injecte 100 grammes d'eau boriquée et on obture la sonde à demeure. Le liquide boriqué s'écoule par le vagin sans que la malade éprouve le besoin d'uriner.

Le 10. La malade se plaint d'une douleur siégeant à la partie supérieure et interne de la cuisse au niveau du pli génito-crural, douleur dans le mollet de l'autre jambe. Compresses d'eau boriquée. Pas d'élévation de température.

Depuis le 15 septembre jusqu'à sa sortie de l'hôpital, la température n'a pas dépassé une seule fois 37°,6.

Le 11. La douleur n'existe plus au niveau de la cuisse, mais elle persiste au niveau du mollet. Application de compresses de chlorhydrate d'ammoniaque.

Le 12. Injection dans la vessie d'eau boriquée. Le liquide s'écoule par le vagin. État général bon. La paralysie faciale de l'enfant diminue.

Le 14. Grand bain. La malade perd toujours son urine par le vagin.

Le 16. La malade se lève un peu. Elle se plaint de souffrir du mollet.

Le 17. Dans la nuit du 16 au 17, vers 2 heures du matin, la malade éprouve le besoin d'uriner. Mise immédiatement sur le bassin elle expulse environ un verre d'urine. A partir de ce moment, il n'y a plus d'écoulement d'urine par la vulve, les linges ne sont pas mouillés. A 7 heures du matin, nouvelle miction peu abondante. A 8 h. 1/2, la malade urine à nouveau ; elle ne ressent aucune douleur. A partir de ce moment, elle éprouve le besoin d'uriner toutes les deux heures.

Les mictions s'espacent et deviennent plus abondantes.

Le 30. Cette femme marche facilement; elle éprouve seulement un peu de gêne au-dessus du jarret droit. Pas de claudication. La miction est normale. Cependant lorsque la malade marche, elle se sent mouillée par les urines. En examinant le vagin on voit s'écouler l'urine au niveau de l'orifice utérin. Il est toutefois difficile de préciser si la fistule siège dans la cavité utérine proprement dite ou tout à fait au niveau de l'insertion du vagin sur la lèvre antérieure du col qui est en partie détruite.

La mère et l'enfant quittent le service le 30 octobre. Depuis trois semaines la paralysie faciale de l'enfant a beaucoup diminué malgré des complications résultant d'un eczéma impétigineux du cuir chevelu et d'abcès superficiels qui ont dû être incisés; l'enfant a continué à augmenter de poids et sort en bon état. La dépression du pariétal droit reste seule aussi accusée; mais il ne semble pas qu'il y ait lieu d'intervenir par une trépanation puisque les phénomènes paralytiques ont presque entièrement disparu.

Réflexions. — Chez cette femme il est certain qu'à la dystocie maternelle résultant de la viciation pelvienne est venue s'ajouter la dystocie fœtale causée par la déflexion de la tête. Lorsque cette femme s'est présentée dans le service, on pouvait hésiter à pratiquer la symphyséotomie pour les raisons que nous avons données au cours de l'observation. Les lésions maternelles, produites pendant l'extraction, sont dues à la déflexion de la tête et à la distension des parties molles par cette tête descendant en transversale.

Quant à la complication de fistule vésico-vaginale ou vésico-utérine, elle ne peut en aucune façon être attribuée à la symphyséotomie.

Si en effet la vessie avait été blessée par le bistouri ou par le bord tranchant du pubis, c'est évidemment au niveau de la paroi antérieure de la vessie qu'aurait siégé la lésion.

Il est légitime d'admettre que cette fistule urinaire est due à une eschare de la paroi postérieure de la vessie. Cette eschare a été causée probablement par la pression prolongée de la tête fœtale. Il est difficile de préciser quelle part ont eue dans cet accident les applications de forceps faites en ville;

quant au levier, il ne nous semble guère que, vu le peu de durée et le peu d'intensité des tractions, il ait pu produire semblable lésion.

Cette femme déclare que lors d'un de ses accouchements antérieurs elle aurait, pendant quelque temps, perdu également ses urines, mais il lui est impossible de préciser si les urines s'écoulaient par le vagin ou par l'urèthre.

HOPITAL TROUSSEAU. — **M. Broca.**

LE PROLAPSUS DE L'URÈTHRE CHEZ LES PETITES FILLES

Messieurs, je désire attirer votre attention sur une fillette atteinte d'une lésion assez rare, mais fort importante à connaître aussi bien pour son diagnostic et son traitement que pour les considérations médico-légales auxquelles elle peut donner lieu : il s'agit d'un prolapsus de la muqueuse uréthrale. Voyons d'abord l'histoire de la malade que vous avez eue sous les yeux ; je vous rappellerai ensuite deux observations que j'ai recueillies l'an dernier et qui servent de base à un intéressant mémoire de mon élève H. Blanc (1).

Le 12 février 1896, on m'a présenté à la consultation de l'hôpital Trousseau une enfant de 6 ans, souffrant depuis trois jours de pertes de sang par la vulve. Il y avait un suintement léger, mais continu ; à la fin de la journée la chemise était tachée comme celle d'une femme, et pour une fille de 6 ans cela parut anormal à la mère, qui dès lors vint consulter à l'hôpital.

L'interrogatoire ne nous a révélé aucun antécédent héréditaire digne d'être noté. Il nous a appris — et ce renseigne-

---

(1) H. BLANC. Prolapsus de la muqueuse uréthrale chez la femme, et en particulier chez la petite fille. *Ann. des maladies des org. génito-urin.*, juin 1895.

ment étiologique est de quelque importance — que l'hémorrhagie a débuté le jour où l'enfant s'est levée pour la première fois après un séjour au lit de 15 jours pour une bronchite accompagnée de fortes quintes de toux.

Immédiatement, j'ai examiné devant vous la région vulvaire et je vous ai fait constater que tout y était d'apparence normale, sauf le méat uréthral. Là vous avez pu voir quelques traces de sang sur un petit bourrelet rouge à peine saillant, ressemblant à une muqueuse enflammée. C'en était une, en effet, et sans qu'il ait été besoin de nous attarder à une discussion oiseuse de diagnostic différentiel, cette constatation a suffi pour vous prouver, avec évidence, que le sang était fourni par un prolapsus léger de la muqueuse uréthrale.

Le résultat de la thérapeutique a vite confirmé cette opinion : mon interne M. Weil a, sur mes indications, cautérisé 3 jours de suite le bourrelet saillant avec une solution de nitrate d'argent à 1/50 ; dès le premier attouchement, l'hémorrhagie a cessé et, au bout de trois jours, tout était terminé.

L'observation, que je viens d'analyser devant vous, vous enseigne les symptômes habituels de la thérapeutique efficace du prolapsus uréthral au premier degré, ne formant pas tumeur. Mais si on abandonne la lésion à elle-même, elle s'aggrave, et la muqueuse enflammée, exstrophiée, constitue une tumeur rouge, violacée, quelquefois même noirâtre et d'aspect gangréneux, pouvant atteindre le volume d'une noisette, d'une noix, plus même, chez la femme adulte.

Quelquefois, c'est par hasard, à l'occasion des soins habituels de propreté, que la mère s'aperçoit de cette tumeur. Le fait est rare, et d'ordinaire quelque symptôme attire l'attention : ce sera quelquefois la dysurie, la douleur, la gêne par la marche, par le frottement des linges ; ce sera en général, la lésion étant indolente, un écoulement de pus, et surtout de sang. C'était le cas chez notre malade actuelle ; ce l'était aussi chez une de celles dont H. Blanc a publié l'observation.

On conçoit que ces écoulements anormaux puissent faire redouter à une mère que sa fille ait subi des atteintes criminelles, mais il est sans excuse qu'un homme de l'art commette une pareille erreur. Il suffit de regarder la région pour voir qu'il n'y a pas trace de déchirure, que la vulve et l'hymen sont absolument normaux et que, par contre, à la région du méat existe une tumeur sessile, perforée au centre d'un orifice où pénètre aisément la sonde. Et cependant, voici l'histoire médico-légale de le première fillette que j'ai soignée. Sa mère s'aperçoit, un matin, qu'elle porte à la vulve une tumeur d'apparence suspecte : et vite, chez le pharmacien, lequel, entre deux bocaux, conclut à un viol. On se décide à consulter le médecin de la famille, qui confirme ce diagnostic invraisemblable. De là plainte au parquet de Versailles, et un médecin légiste est commis pour examiner l'enfant : alors on reconnut enfin qu'il n'y avait aucun signe permettant de conclure au viol, mais que la petite malade portait une tumeur sur la nature de laquelle le médecin ne pouvait se prononcer. C'est dans ces conditions que la fillette fut conduite à l'hôpital Trousseau, où je n'eus qu'à introduire une sonde dans l'orifice central pour voir couler l'urine et pour diagnostiquer ainsi la lésion.

Cette petite manœuvre est bien aisée, et j'aurais eu honte, sans l'historiette que je viens de vous raconter, de vous rappeler d'y recourir avant de mettre en mouvement les gendarmes et les magistrats. Jointe à l'intégrité de l'hymen, elle écarte immédiatement l'hypothèse de viol et, d'autre part elle vous permet d'éviter les diverses erreurs de diagnostic qui ont été commises.

Toutes ces méprises, sans doute, s'expliquent, soit par une ignorance extrême du médecin, comme dans mon cas, soit par des circonstances cliniques spéciales qui déroutent l'observateur le plus sagace et qui dès lors ne se prêtent pas à une étude d'ensemble. Le seul diagnostic qui, d'une manière générale, doive être examiné, consiste à différencier le prolapsus uréthral des diverses tumeurs de l'urèthre chez la

femme, tumeurs qui semblent d'ailleurs ne guère prêter à la confusion que chez la femme adulte.

Pour résumer ces considérations diagnostiques, je n'ai qu'à mettre sous vos yeux le passage où elles sont exposées par mon élève Blanc :

« Dans un cas de Seguin, la muqueuse prolabée s'était sphacélée, des vomissements étaient survenus, l'état général était précaire. On pensa à une hernie étranglée.

« Tavignot, Hudson rapportent chacun un cas où l'orifice uréthral fut pris pour l'orifice utérin, et le diagnostic de prolapsus de l'utérus fut porté.

« Rarement le prolapsus prête à de pareilles erreurs. Il est plus délicat quelquefois de se prononcer en présence d'une tumeur née dans l'urèthre, d'un prolapsus partiel à pédicule intra-canaliculaire. Le cancer de l'urèthre (erreur de Reichelt, Benicke) se reconnaît à sa marche envahissante après un début insidieux, aux difficultés de la miction souvent sanguinolente, à ses caractères de tumeur dure, ligneuse, diffuse, reposant sur une muqueuse indurée, à l'adénopathie, etc. Nous ne signalons que pour mémoire la confusion possible avec des kystes uréthraux, avec une hypertrophie simple de la muqueuse. Deux ordres d'affections seulement nous arrêteront : 1° ces tumeurs bénignes de l'urèthre, décrites sous les noms les plus divers : caroncules, papillomes, fibromes, polypes uréthraux ; 2° l'uréthrocèle et la cystocèle uréthrale.

« Les tumeurs bénignes de l'urèthre varient un peu selon l'élément prédominant. Tantôt leur surface est recouverte de villosités (*papillome*) ; tantôt les vaisseaux sanguins présentent un grand développement (*angiome polypeux*), ou bien c'est l'élément conjonctif adulte (*fibrome polypeux*) ; la forme la plus fréquente est la *végétation*.

« Tant que la production reste dans le canal, sa croissance est lente, mais si elle fait hernie, on a affaire à un champignon exubérant à surface multilobée, granuleuse, bientôt sécrétante et exulcérée ; mais les mictions sont

fréquentes et douloureuses; la tumeur est nettement intra-uréthrale, quelquefois pédiculée sur la paroi inférieure du canal, et le méat se trouve toujours sur le pourtour.

« L'*uréthrocèle* est facile à reconnaître : présence sur le trajet de la moitié antérieure de l'urèthre d'une tumeur arrondie, rénitente ou fluctuante, dont on pourra soit par le cathétérisme, soit par la simple pression, faire sourdre le contenu par le méat; avec cela, mictions fréquentes et parfois incontinence d'urine.

« Quant à la *cystocèle uréthrale*, on se souviendra qu'elle peut se présenter sous deux formes : tantôt la vessie s'invagine sur elle-même et vient faire issue sur le méat; tantôt il s'agit réellement d'un décollement de la muqueuse vésicale qui glisse et apparaît à l'extérieur. Mais dans l'un et l'autre cas, il est aisé de différencier cette affection du prolapsus de la muqueuse uréthrale, la tumeur est libre dans l'urèthre, sans orifice central par où s'écoule l'urine. La miction est le plus souvent difficile, souvent même il y a rétention : la réductibilité est la règle. »

Je désirais insister sur l'étude clinique; avant d'arriver à l'étude thérapeutique, laissez-moi faire une courte digression étiologique.

L'âge du malade doit d'abord être mis en relief. D'après un relevé de Kleinwæchter, 66 p. 100 des sujets atteints de prolapsus uréthral ont de 1 à 15 ans; 22 p. 100 ont de 47 à 75 ans : donc jeunesse et vieillesse, jeunesse surtout, sont des facteurs étiologiques importants. Quant aux causes déterminantes chez l'enfant, notez l'influence des efforts de toux, constatés chez deux de mes fillettes; celle de la vulvite avec uréthrite légère, œdème de la muqueuse et dysurie, cause probable de la lésion dans ma troisième observation.

Le pronostic du prolapsus de la muqueuse uréthrale est bénin. Quelquefois, la muqueuse s'épidermise, quelquefois même la tumeur se réduit d'elle-même. Mais d'ordinaire la lésion persiste, s'aggrave peu à peu par le suintement sanglant et purulent et est une source d'ennuis; c'est une

cause de gêne, quelquefois de douleur; parfois enfin on a noté le sphacèle de la tumeur. Donc, il faut agir.

Lorsqu'il n'existe pas de tumeur à proprement parler, mais seulement un léger degré d'ectropion circulaire de la muqueuse, la cautérisation avec une solution de nitrate d'argent à 1/50 me paraît être le traitement de choix, et elle m'a donné un rapide succès.

Mais dans les deux cas où il y avait une tumeur, elle n'a servi qu'à en réduire un peu le volume : après les premiers attouchements, l'amélioration fut notable, mais l'état resta ensuite stationnaire. L'efficacité ne sera réelle que dans les cas, relativement rares, où la tumeur est réductible, et nous revenons alors à la variété précédente.

Lorsqu'il y a tumeur irréductible et quelque peu volumineuse, le traitement de choix est l'excision. La ligature autour d'une sonde à demeure doit être définitivement proscrite ; malgré l'opinion de quelques chirurgiens modernes, l'instrument tranchant ne provoque pas une hémorrhagie telle qu'il faille préconiser l'ablation au fer rouge, thermocautère ou galvano-cautère. Le seul procédé que je croie recommandable est l'excision au bistouri, avec suture exacte ; c'est également l'avis de Kleinwæchter, auquel nous devons un intéressant mémoire sur le sujet.

Lorsqu'on opère un prolapsus circulaire total, il faut éviter de tirer sur la muqueuse prolabée, ce qui conduirait à en trop réséquer et ce qui peut, comme dans deux cas d'Emmet, produire un thrombus. Il faut aussi fixer avec soin la lèvre supérieure de la muqueuse qui, après section, tend l'urèthre et dès lors ne peut plus être bien affrontée à la lèvre inférieure, d'où danger de sténose consécutive. Ces deux petits écueils me paraissent faciles à éviter, et voici comment j'ai procédé dans mes deux cas de prolapsus circulaire et total.

Après avoir assuré de mon mieux, pendant quelques jours, l'antisepsie vulvo-vaginale, j'ai vérifié avec une sonde le siège de l'urèthre, puis, sur la ligne médiane supérieure, j'ai

fendu la tumeur dans toute son étendue et avant d'aller plus loin j'ai placé une fine soie à l'angle de l'incision; j'en ai fait autant en arrière et j'ai ensuite abattu d'un coup de bistouri les deux moitiés de la masse morbide. Il a été alors très facile de suturer à la soie les lèvres de la muqueuse. J'ai jugé inutile de laisser une sonde à demeure et la guérison a été obtenue sans incident.

KINÉSITHÉRAPIE GYNÉCOLOGIQUE

Rétroversion douloureuse de l'utérus avec adhérence au rectum. Guérison datant de quatre ans. — Observation.

Par le Dr **Stapfer.**

Le 10 juin 1892, le professeur Pinard m'adressait Mme X... qui me remit la lettre suivante :

Lyon, 31 mai 1892.

Mme X... a ressenti vers la fin de juillet 1890 les symptômes d'une rupture de grossesse extra-utérine. L'intervention immédiate par la laparotomie nous parut contre-indiquée par la dépression de la malade d'une part, et de l'autre par l'arrêt de l'hémorrhagie, l'absence de signes d'infection au moment où nous fûmes appelé.

Lorsque l'épanchement fut limité, il se déclara un état fébrile qui indiquait nettement une intervention. On fit une large incision vaginale en arrière de l'utérus. On sortit tous les caillots qui remplissaient la poche (parmi ces caillots on trouva des villosités placentaires) et l'on tamponna à la gaze iodoformée. La guérison eut lieu sans incidents notables ; mais dès les premiers jours de janvier 1891, j'eus à constater une rétroversion irréductible. L'utérus était mobile, mais adhérent au cul-de-sac postérieur qui était entraîné dans les tentatives de réduction. Il n'y avait pas de signes de périmétrite ou d'annexite, mais les adhérences suffisaient pour empêcher la réduction.

A la date ci-dessus j'ai trouvé Mme X... exactement dans le même état, sans signe d'inflammation péri-utérine ou utérine, mais avec un utérus qui entraîne manifestement le cul-de-sac postérieur lorsqu'on essaye la réduction.

IL EST CERTAIN QU'UNE INTERVENTION OPÉRATOIRE POURRAIT REMÉDIER PROMPTEMENT ET DÉFINITIVEMENT AUX DOULEURS QUI SONT LA CONSÉQUENCE DE CET ÉTAT.

Cette intervention me paraît devoir consister dans l'hystérectomie vaginale; mais comme l'état ne menace pas de s'aggraver, on peut encore patienter et avoir recours à des moyens palliatifs pour combattre les douleurs. Professeur FOCHIER.

Mme X... consulta plusieurs chirurgiens de Paris qui partagèrent l'opinion du Professeur Fochier. L'un d'eux, le Dr L..., reprocha à son mari, comme une mauvaise action, son refus de tenter une opération avant d'avoir épuisé les thérapeutiques conservatrices. « Il n'y en a pas, disait le Dr L... On peut essayer d'un curettage d'abord. Je commencerai par là. Nous verrons après. »

Le mari refusa, et s'adressa à moi sur le conseil du Professeur Pinard.

A la date du 10 juin 1892, premier jour du traitement, voici quel était l'état de Mme X...

La marche, la moindre secousse étaient tellement douloureuses que Mme X... venait difficilement chez moi bien qu'elle demeurât pour ainsi dire à ma porte. Cette exaspération de douleurs déjà anciennes était survenue à la suite d'un court traitement par les tampons et les cautérisations, entrepris, je crois, avant la consultation du Pr Pinard.

Le toucher vaginal et rectal était tellement douloureux que toute exploration approfondie était impossible. *Je commençai par calmer les douleurs, c'est-à-dire par faire disparaître l'affection secondaire si commune dans le cas de rétroversion douloureuse, que j'ai décrite depuis sous le nom de cellulite ou œdème douloureux intra-pelvien* (1).

Au cours de cette ébauche de traitement, l'exploration étant

(1) *Annales de Gynécologie*, juillet-août, 1893.

facilitée, je constatai que l'utérus mobile entraînait la paroi rectale dans toutes les tentatives de réduction. Les ligaments de Douglas étaient complètement déformés. Les ovaires petits reposaient sur la partie postérieure de l'excavation avec les trompes grosses, flexueuses, douloureuses. Cette augmentation de volume s'exagérait périodiquement, coïncidant avec la poussée congestive que j'ai signalée dans le travail cité plus haut, et au congrès de Rome. Elle ne s'accompagne pas nécessairement d'altération de la muqueuse. Il n'y avait point de sécrétion catarrhale. Augmentation de volume, flexuosité, douleurs périodiques étaient dues à la cellulite concomitante. Le 14 juillet suivant Mme X... se promenait : « Je me croirais guérie, disait-elle, si vous ne m'affirmiez que l'utérus n'est pas détaché ». Elle devait cette première et remarquable amélioration à la disparition complète de la cellulite hors des périodes congestives et à son atténuation pendant les périodes sous l'influence du traitement. Elle la devait aussi à la transformation de l'état général, sous l'influence du réflexe dynamogénique qu'éveille le massage abdominal court et léger, et dont j'ai démontré l'existence clinique et cherché l'explication physiologique dans la thèse de Romano (1).

Lorsque je pus entreprendre la séparation de l'utérus et du rectum, la plus grande prudence devint nécessaire, tant les tissus étaient minces. On aurait dit une pièce collée sur une feuille, la feuille étant la paroi rectale antérieure. Je me souvins du précepte de Brandt : « Plutôt pas assez que trop à chaque séance ». Peu à peu les tissus minces perdirent cette consistance de parchemin mou, de tissus morts et reprirent de l'épaisseur. En même temps ma main droite cheminait creusant le cul-de-sac postérieur dont je finis par atteindre le fond.

Ce traitement dura neuf mois. Au bout de ce temps l'utérus était séparé du rectum. Son fond ballottait dans la concavité sacrée ; les ligaments de Douglas étaient toujours déformés.

Mme X... fut obligée de quitter la France contre mon gré. Deux mois plus tard, elle revint effrayée par un retour de douleurs, qui m'effraya aussi, à cause du peu d'expérience que j'avais alors de la durée des effets de ce genre de cure, et de la persistance des résultats. Un très court traitement fit disparaître les accidents, peut-être dus à un avortement ovulaire.

(1) Paris, Baillière, 1895.

Depuis j'avais perdu Mme X... de vue et malgré mes recherches je ne pouvais découvrir où elle était, lorsque j'ai reçu, le 20 janvier 1896, une lettre dont je détache cette phrase :

« Mme X... VA TRÈS BIEN. LA CURE A ÉTÉ ABSOLUMENT RADICALE. GRACE A VOUS, ELLE VIT DE LA VIE DE TOUT LE MONDE. »

Il y a quatre ans que se maintient cette cure radicale au point de vue des douleurs. Voilà pourquoi je publie cette observation. J'en ai et j'en publierai d'autres, et de plus remarquables, de plus complètes localement, suivies de grossesse ; mais la cure de Mme X... est la plus ancienne. C'est ma première de ce genre, et c'est aussi le seul cas d'adhérence utéro-rectale que j'ai traité.

Le fait est entouré de garanties, de certificats que je voudrais avoir pour toutes mes malades, car j'ai constaté à maintes reprises que l'opinion originelle des médecins ou chirurgiens qui m'envoient des femmes à traiter, leur diagnostic *avant nettoyage*, qu'on me passe l'expression, sont facilement oubliés par certains d'entr'eux, sans doute parce qu'ils n'ont vu la malade qu'une fois et oublié le cas, peut-être aussi parce que la différence qui existe entre l'état général et local, avant et après le traitement, est telle qu'ils doutent de l'exactitude de leur première constatation.

Dans le cas de Mme X..., tout est écrit. Les autorités sont indiscutables, les témoins sûrs ; la cure remonte à quatre ans ; voilà pourquoi je la choisis. Puisse sa publication et ma conclusion finale très affirmative, faire disparaître des indications de l'hystérectomie vaginale ou de l'élytrotomie postérieure, la rétroversion douloureuse qui n'est pas accompagnée de périmétrite suppurée collectée, en foyer *bien évident*.

Les rétroversions douloureuses, fixées ou mobiles, sont l'une des plus belles indications de la kinésithérapie gynécologique.

REVUE GÉNÉRALE

DE L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL

D'APRÈS LE Dr **A. Marfan**, PROFESSEUR AGRÉGÉ

Par le Dr **R. Labusquière.**

M. le Dr Marfan, suppléant le professeur Grancher à l'hôpital des Enfants-Malades, vient de publier quatre leçons qu'il a faites pendant le dernier mois de novembre, sur « l'*allaitement artificiel* ». Naturellement, ces leçons ont été complétées de détails qui, si importants qu'ils soient, auraient pu apporter, sinon de la confusion, du moins quelques longueurs dans un enseignement oral dont une des qualités maîtresses est la clarté, l'exposition simple des données capitales, de celles qu'il importe avant tout de retenir. Comme, à notre avis, ces leçons constituent une contribution de premier ordre à l'étude si délicate et si importante de l'allaitement artificiel, il nous a paru utile d'essayer de les exposer, plus ou moins largement suivant leur importance pratique, pour nos lecteurs. Mais nous tenons à ajouter que l'ouvrage, en dépit de dimensions modestes, contient une somme considérable de documents et d'idées donnant la clef de beaucoup de questions qui, restées obscures, empêchent de comprendre et de résoudre de la plus heureuse manière les difficultés nombreuses qui compliquent ce mode d'allaitement. A tous ceux que tourmente le « *rerum cognoscere causas* » du poète, la lecture de ce travail, œuvre d'un clinicien expérimenté et d'un médecin très érudit, expression aussi de trois années d'observation patiente dans la clientèle et dans le milieu exceptionnel de l'hôpital des Enfants, sera particulièrement attachante.

*
* *

Tout au début, avant de toucher à la question qu'il va

étudier à fond, cette profession de foi du professeur : « TOUTE MÈRE DOIT NOURRIR SON ENFANT, voilà la règle fondamentale de l'allaitement ».

« Ce qu'il faut au nouveau-né et au nourrisson, c'est le lait de sa propre mère. Le lait d'une étrangère ne s'adapte pas aussi bien aux besoins de l'enfant et n'est pas susceptible d'une aussi parfaite digestion. Lorsqu'une mère ne peut pas allaiter son enfant, le mieux, si cela est possible, est de prendre une nourrice. Le lait d'une autre femme sera toujours bien supérieur à celui d'un animal, etc. » Puis, cette remarque et ce correctif : « L'allaitement par une *nourrice à distance* n'est pas supérieur à l'allaitement artificiel ; bien plus, dans les conditions actuelles, je n'hésite pas à dire qu'un allaitement artificiel bien dirigé me parait préférable à l'allaitement par une nourrice à distance, etc. Les deux principaux dangers de cet allaitement sont : 1° le lait animal que l'on emploie est toujours souillé par des micro-organismes qui le corrompent, et la corruption du lait est d'autant plus avancée qu'on est plus éloigné du moment de la traite ; 2° par sa composition, d'ordinaire très différente de celle du lait de femme, le lait animal est d'une digestion difficile, parfois impossible. »

Le problème exige donc cette double solution : a) *avoir un lait pur*, b) *et un lait qui, par sa composition, par la proportion de ses éléments constituants, convienne aux facultés digestives du nourrisson.*

*
* *

La *première leçon* est essentiellement consacrée à l'étude des microbes du lait, microbes que l'auteur divise en deux grands groupes : A. microbes *saprophytes*, B. microbes *pathogènes*. A ces derniers se rattache la question si importante, dépassant même les limites de l'étude de l'allaitement artificiel, de la transmission des maladies infectieuses par le lait (tuberculose, fièvre aphteuse, pneumonie, fièvre typhoïde, etc.).

A. — Microbes saprophytes.

Avant d'en étudier l'origine, l'activité et les effets de cette activité, l'auteur tient à rappeler cette loi formulée par Pasteur, loi encore non entamée malgré quelques observations, discordantes seulement en apparence, que « *le lait d'un animal sain ne contient pas de microbes* ». Si l'on en a rencontré, surtout dans la première portion du lait et tout de suite après la traite, c'est qu'ils y étaient venus accidentellement des régions voisines (contamination par les matières fécales, le foin, la paille, les mains qui opèrent la traite, etc.).

Ces microbes *saprophytes* qui souillent accidentellement, mais, dans les conditions ordinaires, si habituellement le lait, ne sont qu'*exceptionnellement nocifs par eux-mêmes*. Ils le deviennent, indirectement, par les altérations multiples qu'ils font subir au lait. Ils peuvent être divisés en deux groupes : *a*) *ferments du sucre de lait*, *b*) *ferments de la caséine*.

a) Ferments du sucre de lait. — On y rencontre le ferment lactique (Pasteur), équivalent sans doute du *bacillus acidi lactici* (Hueppe), microbe habituel du tube digestif d'après Wurtz-Leudet, *bacterium lactis aerogenes* (Escherich) ; en réalité, variété du *bacterium coli commune;* les agents des fermentations butyrique, propionique, valérique, etc. (pour la plupart encore peu connus), enfin des levûres (*saccharomyces lactis*, *actinobacter polymorphus*). A l'activité de ces divers agents, correspondent les fermentations lactique, propionique, valérique, la production d'alcool, d'acide carbonique, somme toute des altérations chimiques qui confèrent au lait des propriétés plus ou moins toxiques.

b) Ferments de la caséine. — Ce sont pour la plupart des saprophytes, *bacillus subtilis* (bacille du foin), *bacillus mesentericus vulgatus* (bacille de la pomme de terre), *thyrotrix* (décrits par Duclaux).

Mode d'action. — Ces organismes sécrètent des ferments solubles, l'un analogue ou identique à la présure qui coagule la caséine, l'autre (*caséase*, de Duclaux) qui liquéfie la caséine (caséone soluble ou caséine peptonisée). Transformations qui, peut-être, favoriseraient plutôt la digestion du lait, si l'activité microbienne s'arrêtait là. Malheureusement, les microbes utilisent à leur profit la caséone, c'est-à-dire la caséine peptonisée, produisant en même temps des principes plus ou moins toxiques au nourrisson, leucine, thyrosine, composés ammoniacaux, acides gras.

On aurait également trouvé dans certains laits deux toxiques redoutables, produits également de la vie microbienne, 1) *tyrotoxicon*, capable de provoquer des accidents cholériques et 2) *spasmotoxine*, poison convulsivant.

L'auteur signale ensuite les microbes des laits 1) *colorés, amers, filants ou visqueux*, ceux-ci en réalité moins dangereux, par la simple raison que les altérations qu'ils engendrent sont facilement constatables et qu'on n'a qu'à rejeter, systématiquement, l'emploi de ces laits.

B. — **Microbes pathogènes du lait. Transmission des maladies infectieuses par le lait.**

Ce chapitre, dans lequel l'auteur fait une incursion dans le domaine de l'allaitement maternel, est extrêmement intéressant et très suggestif. Nous le résumerons, pourtant, brièvement. La conclusion qui en découle, est la suivante : *Il faut que la femelle laitière soit saine, et que le lait sain, fourni par la femelle saine, ne soit pas contaminé accidentellement par un des organismes pathogènes d'une maladie transmissible par le lait.* De même qu'une mère phtisique ne doit pas nourrir son enfant, l'emploi du lait de toute vache tuberculeuse, *et la tuberculine permet de décéler sûrement la tuberculose*, doit être systématiquement interdit (Nocart, Brouardel, Ollivier, Boulet, etc., ont relaté des faits, trop concluants, prouvant les désastres dus à l'usage du lait fourni par des vaches tuberculeuses). La maladie aphteuse

(cocotte) pourrait aussi, à défaut d'ébullition, conférer au lait des qualités virulentes. Des faits positifs montrent également que pneumonie, péripneumonie, fièvre typhoïde, malaria, charbon, rage, inflammations suppurées de la mamelle, fièvre puerpérale, etc., doivent faire proscrire l'emploi du lait de la femelle malade. Mais ce n'est pas tout, il faut savoir que les agents de certaines de ces maladies (de la fièvre typhoïde, de la diphtérie, de la scarlatine peut-être) peuvent arriver, par voie indirecte, dans le lait (1).

Ce court exposé suffit, pensons-nous, à montrer combien, dans les conditions habituelles, il est difficile, sinon impossible, même avec une femelle laitière saine, d'avoir un lait pur de toute souillure et combien il importe de soumettre, méthodiquement, le lait à une *stérilisation efficace*.

*
* *

La *deuxième leçon* est consacrée à l'exposé critique des *diverses méthodes de stérilisation*.

On a tenté cette stérilisation par trois espèces de moyens: a) *chimiques*, à rejeter comme dangereux, b) *mécaniques* (centrifugation, filtration), ils sont insuffisants, c) *physiques* (froid et chaleur). A ce dernier groupe, appartient le moyen efficace, inoffensif. Il est basé sur l'emploi de la chaleur.

« Deux lois générales, dont les exceptiens sont insignifiantes en pratique, doivent présider à l'application de la chaleur: 1° *Les ferments lactiques ordinaires et les microbes pathogènes rencontrés dans le lait, même le bacille de la*

(1) A l'infirmerie de Leicester survinrent 12 cas de fièvre typhoïde parmi les pensionnaires qui buvaient le lait non bouilli. Un seul fournisseur desservait l'infirmerie ; il succomba à une fièvre typhoïde. Le puits de sa ferme était voisin d'une fosse d'aisances non étanche et débordant. *L'eau servant à laver les vases à lait était souillée par des matières fécales*. Il suffit de changer l'approvisionnement du lait pour mettre fin à l'épidémie, p. 46.

M. Marfan rappelle un certain nombre d'épidémies d'origine aussi spéciale, qui démontrent les effets désastreux du lait accidentellement souillé par les agents infectieux d'autres maladies : diphtérie, par exemple.

tuberculose, sont sûrement détruits dans ce liquide par une température de 80° pendant dix minutes ou de 68° pendant trente minutes.

2° Les ferments de la caséine sont beaucoup plus résistants à la chaleur. Si les bacilles adultes succombent aux environs de 110°, leurs spores peuvent supporter une température de 115° pendant une minute. Pour détruire les spores des ferments de caséine, il est admis qu'il faut une température de 110° pendant dix minutes, etc. ».

L'auteur passe en revue les méthodes diverses qu'on a imaginées pour appliquer la chaleur à la stérilisation, méthodes qui peuvent être ramenées à quatre types fondamentaux savoir : 1° *Stérilisation absolue* (porter le lait à une température d'environ 108 à 110° pendant une dizaine de minutes); 2° *Pasteurisation* (porter le lait à une température de 75 à 80°, l'y maintenir pendant quinze à vingt minutes et le refroidir brusquement); 3° *Ébullition*, celle-ci doit être RÉELLE, c'est-à-dire qu'il ne faut pas seulement attendre que le lait « *ait monté* », « qu'il *s'enlève* », ce qui se produit vers 75 à 85°; mais qu'il faut briser la croûte de caséine solidifiée (frangipane) qui recouvre le liquide, laisser le lait sur le feu jusqu'à apparition de gros bouillons, et laisser bouillir pendant deux à trois minutes ; 4° *Chauffage au bain-marie à 100°*, pendant une durée assez longue, quarante minutes environ (l'auteur décrit en particulier les deux procédés appartenant à cette méthode d'Escherich, et de Soxhlet).

Après avoir examiné, de la manière la plus minutieuse, avantages ou défauts des différentes méthodes et des divers procédés de leur application, et les avoir soumis au contrôle d'observations et d'expériences personnelles, M. Marfan résume sa manière de voir comme suit : « Ce qui apparaît d'abord clairement, c'est que tous les procédés de purification par la chaleur sont bons à deux conditions : la première, c'est *que le lait soit soumis à l'action de la chaleur presque tout de suite après la traite ;* la seconde, c'est *que le lait*

soit consommé aussitôt que possible après l'action de la chaleur.

« Êtes-vous dans le voisinage d'une source de lait qui vous offre toutes les garanties désirables, et pouvez-vous soumettre le liquide à l'action de la chaleur tout de suite après la traite, usez alors de la méthode de Soxhlet, ou usez de l'ébullition qui est presque aussi bonne si vous assurez la parfaite propreté des vases, des biberons et des tétines ; *dans les deux cas, que le lait soit consommé dans les vingt-quatre heures.*

« Mais êtes-vous éloignés de la source du lait et ne pouvez-vous soumettre le liquide à l'action de la chaleur que plusieurs heures après la traite, alors, la seule ressource possible, c'est le lait stérilisé dans l'industrie. Ce lait, soumis au surchauffage aussitôt après la traite se conserve très bien pendant plusieurs jours. » Nous rappellerons ici les conditions requises pour l'emploi de ce lait signalées plus haut : « *Il faut être sûr, avant de le donner à l'enfant, qu'il n'est pas coagulé, qu'il n'a pas d'odeur, et qu'il a simplement le goût du lait cuit.* »

*
* *

La *troisième leçon* est consacrée à l'étude de la *correction du lait de vache.* Il ne suffit pas en effet d'evoir un lait pur de toute souillure, encore faut-il que par sa composition, par la proportion réciproque de ses aliments constituants, il réponde aux facultés digestives du nourrisson. M. Marfan ne s'occupe que du lait de vache, parce que le lait d'ânesse (la femelle laitière n'en fournit qu'une quantité relativement petite ; ce lait, d'un prix élevé, est de difficile conservation), le lait de chèvre (la chèvre-nourrice n'est pas à la portée de tout le monde, l'animal ne donne du lait que quatre ou cinq mois de l'année) ne répondent en somme qu'à des cas exceptionnels. Or, le tableau suivant fait en chiffres ronds, met bien en évidence les écarts notables du lait de femme et du lait de vache.

	EAU	CASÉINE	LACTOSE	BEURRE	SELS
Lait de femme........	881 0/00	19	60	37	3
Lait de vache.........	872 »	35	50	36	7

Donc, lait de vache, beaucoup plus riche en caséine et en sels, mais plus pauvre en sucre et en beurre.

Contrairement à l'opinion soutenue en particulier par certains accoucheurs, qui pensent qu'il est préférable, malgré ces écarts de composition, de donner le lait stérilisé *pur*, dès les premiers jours de la vie, M. Marfan motivant sa manière de voir sur les accidents (dyspepsie du lait de vache pur, etc.) qu'il a fréquemment observés aussi bien chez des nourrissons auxquels il avait appliqué ce mode d'allaitement que chez beaucoup d'autres où il avait été appliqué et méthodiquement dirigé par des partisans convaincus de la méthode, se prononce catégoriquement pour la *nécessité de la correction du lait de vache.*

Comment opérer cette correction? Il y a *a*) des *procédés de ménage, b*) et des *procédés industriels.*

a) Procédés de ménage. — Sans insister davantage sur les considérations théoriques, expérimentales et cliniques, qui l'y ont conduit, voici les corrections que M. Marfan fait subir au lait de vache, lait dont l'emploi, après ces corrections, lui a procuré des résultats très satisfaisants : « J'use d'un mélange composé de : lait, deux parties ; eau lactosée à 11 p. 100, une partie.

« Autrefois, j'employais pour le coupage de l'eau qui ne renfermait que 5 p. 100 de sucre de lait. Depuis que j'ai porté ce chiffre à 10 p. 100, j'ai obtenu des résultats beaucoup plus satisfaisants, bien supérieurs à ceux que m'avaient donnés les autres méthodes de coupage. Lorsque ce mélange est bien préparé et bien stérilisé, les enfants le digèrent parfaitement ; ils n'ont pas de troubles digestifs. Il n'y a ni constipation, ni diarrhée, ni vomissements ; les matières fécales sont plus molles, plus jaunes qu'avec le lait de vache pur, quoiqu'elles ne rappellent pas absolument celles des enfants nourris au sein. Le seul reproche dont cet ali-

ment soit passible, c'est que les enfants qui s'en nourrissent n'augmentent pas de poids aussi vite que les enfants nourris au sein. Mais je puis dire que le retard de la croissance est peu considérable. D'ailleurs, ayant fait élever plusieurs enfants avec ce mélange, j'ai vu que le retard de l'augmentation de poids est vite rattrapé, grâce à l'intégrité du tube digestif, quand l'âge vient où l'on peut sans inconvénient donner le lait pur (de 5 à 6 mois). »

b) Procédés industriels. — L'auteur en décrit très minutieusement, deux : 1° procédé de Vigier (de Paris); 2° procédé de Gœrtner (de Vienne). Nous n'en consignerons ici que le principe.

1° *Procédé de Vigier.* — Il est en quelque sorte basé sur le dédoublement, la réduction de moitié de la caséine. Le lait est divisé en deux portions. A l'une de ces portions dont on n'enlève rien, on restitue l'autre portion après qu'elle a été privée (par coagulation et décantage) de sa caséine.

Procédé de Gœrtner. — Basé sur l'emploi de la force centrifuge. Le lait étant placé dans la machine centrifuge, et celle-ci étant mise en activité, les parties plus légères que l'eau, c'est-à-dire les corpuscules graisseux, s'amassent vers le centre, formant ainsi une colonne de crème, cylindrique, tandis que les parties plus lourdes vont à la périphérie.

Le lait mis dans la machine centrifuge, est du lait dont, par le coupage, on a ramené la caséine à 2 p. 100 et auquel on a, avant l'opération, ajouté aussi une quantité déterminée d'eau lactosée pour combler le déficit reconnu en lactose. La machine étant en mouvement, un dispositifs pécial de robinets permet d'obtenir du lait ayant une teneur voulue en beurre, 35 grammes par litre.

Ces laits, le premier dit « *lait humanisé* », le second dit « *lait gras, concentré, maternel* », bien que susceptibles d'être encore améliorés, fournissent déjà de bons résultats. Ils ont le grand avantage d'éviter, une fois la stérilisation obtenue, les manipulations du coupage et de l'addition de lactose, qui sont longues et minutieuses.

Si on peut se les procurer facilement, on les utilisera de préférence. Dans le cas contraire, on s'adressera au coupage et à l'addition du sucre de lait ; et alors, pour obtenir de bons résultats, on devra charger de ces opérations une personne particulièrement intelligente et soigneuse que le médecin surveillera et dont il fera patiemment l'éducation.

*
* *

La *quatrième leçon* est consacrée à la *technique de l'allaitement artificiel*. En raison de sa grande importance pratique, nous y ferons de larges coupures.

Le lait dont on dispose pourra être : 1) du lait corrigé et stérilisé par l'industrie ; 2) du lait stérilisé par l'industrie, mais qu'il faut corriger ; 3) du lait ni stérilisé ni corrigé.

1° LAIT CORRIGÉ ET STÉRILISÉ PAR L'INDUSTRIE. — Ils sont consommés tels qu'ils sont livrés.

2° LAIT SEULEMENT STÉRILISÉ PAR L'INDUSTRIE. — Il doit être coupé durant les cinq à six premiers mois. L'eau qui sert au coupage doit d'abord être bouillie et c'est lorsqu'elle est bouillante qu'on doit faire dissoudre la quantité nécessaire de sucre de lait. On doit se procurer chez un bon pharmacien des paquets de lactose contenant la dose journalière. L'eau lactosée est conservée dans le vase qui a servi à la faire bouillir : on garnit ce vase d'un bon couvercle et on le laisse dans un endroit frais, en l'agitant le moins possible ; on doit éviter tous les transvasements inutiles. Au moment des tétées, on décante avec précaution dans le biberon bien propre la quantité de lait stérilisé et la quantité d'eau stérilisée et lactosée.

3° LAIT A STÉRILISER ET A CORRIGER. — Si on fait usage de la marmite de Soxhlet, on coupe, *aussitôt après la traite*, le lait dans les proportions voulues, avec l'eau déjà bouillie et lactosée et le mélange est distribué dans les flacons de l'appareil de manière que chacun d'eux renferme la dose

nécessaire à la tétée; on met autant de flacons qu'il doit y avoir de tétées dans la journée.

Si on emploie simplement l'ébullition, on coupe le lait, *aussitôt après la traite*, avec l'eau déjà bouillie et lactosée, puis on soumet le mélange à l'ébullition : chaque fois, on prépare le mélange nécessaire à la demi-journée ; le mélange est conservé dans le vase même où il a bouilli, vase qui doit être recouvert, mis au frais et laissé au repos; au moment de la tétée, on verse dans le *biberon* bien nettoyé la quantité nécessaire au repas.

Biberon et sa propreté. — Le meilleur des instruments dont on se sert pour donner le lait aux nourrissons est le *biberon*, et le meilleur biberon est le plus simple. Il y a à considérer dans le biberon, le récipient et la tétine. Le récipient, adopté à l'Enfant-Jésus, est une fiole ayant une contenance de 250 grammes et portant une graduation qui permet de doser la quantité de liquide qu'on y met; la fiole est en verre lisse, sans anfractuosités ni rugosités intérieures, ce qui permet de la nettoyer facilement.

La tétine est en caoutchouc, qui doit être sans odeur, sans alliage dangereux (souffre, plomb...), donc *non vulcanisé*. Elle a la forme d'un mamelon de vache ; elle est percée à son extrémité d'une ouverture triangulaire, constituant une valvule pour la succion. La pénétration de l'air est assurée par un orifice semblable fixé à la base de la tétine, près du goulot de la fiole. Une fois enlevée, cette tétine peut se retourner comme un doigt de gant et peut être facilement nettoyée et brossée à l'eau chaude. Biberon et tétine, après chaque tétée, doivent être nettoyés et brossés avec de l'eau chaude chargée de carbonate de soude, puis plongés dans de l'eau bouillante (ne jamais se servir de grenaille de plomb pour nettoyer le biberon, cas d'intoxication signalé par Uffelmann). Il est utile, avant chaque tétée, de plonger, pendant deux à trois minutes, le biberon dans de l'eau chaude à 50°, pour porter le lait à 37° environ. Goûter le lait pour s'assurer qu'il n'est pas trop chaud.

QUANTITÉS DE LAIT PAR JOUR ET PAR REPAS. INTERVALLES DES RÉPAS

M. Marfan donne comme points de repère les deux tableaux suivants (1), le premier pour le lait corrigé dans l'industrie, le second pour le lait corrigé dans le ménage.

Tableau de l'allaitement maternel pouvant servir à diriger l'allaitement artificiel avec les laits coupés dans l'industrie :

1er jour.......	4 ×	8 =	32	»	»
2e —	6 ×	20 =	120	toutes les 3 hres.	0 fois.
3e —	7 ×	50 =	350	—	1 fois.
4e —	7 ×	60 =	420	—	—
1er mois......	7 ×	80 =	560	—	—
2e —	7 ×	90 à 100 =	630 à 700	—	—
3e —	7 ×	100 à 120 =	700 à 840	—	—
4e et 5e mois.	7 ×	120 à 130 =	840 à 910	—	—
6e et 9e — .	6 ×	150 à 170 =	900 à 1020	—	0 fois.

Il suffit, quand on pratique l'allaitement avec du lait déjà corrigé par un procédé industriel, de se reporter à ce tableau pour savoir, d'après l'âge de l'enfant, la quantité de lait à donner à chaque tétée et le nombre de tétées par jour.

Remarques générales. — 1° La première tétée doit être donnée de 10 à 12 heures après la naissance. Pendant ces 12 heures, ne donner ni eau, ni eau de fleurs d'oranger, surtout pas de sirop de chicorée. Après 12 à 15 heures, une cuillérée à café coupée d'une cuillérée à café d'eau lactosée ; 3 heures après, une cuillérée à dessert de chaque, etc. (Voir le tableau.)

(1) La colonne I représente le nombre des repas aux divers âges ; la colonne II, la quantité de lait par repas ; la colonne III, la quantité de lait prise en vingt-quatre heures ; les deux autres (jour et nuit) les intervalles adoptés par l'auteur pour les tétées.

Tableau pour l'allaitement artificiel avec le lait de vache coupé et additionné de lactose :

AGE	NOMBRE DE TÉTÉES EN 24 HEURES	INTERVALLES DES TÉTÉES		COUPAGE	QUANTITÉ DE LAIT PUR POUR UN TÉTÉE	QUANTITÉ DE LAIT CORRIGÉ OU PUR PAR 24 HEURES
		jour	nuit		GR.	GR.
1er jour.....	3 ou 4	2	0 fois	Lait de vache. 1 Eau lactosée 10 0/0 1	10	30 à 40
2e —	6	toutes les 3 h.	0 —	id.	10 à 20	60 à 120
3e —	7	—	1 —	id.	40 à 50	280 à 350
4e —	7	—	—	id.	50 à 60	350 à 420
5e au 30e jour	7	—	—	Lait de vache. 2 Eau lactosée 10 0/0 1	60 à 75	420 à 525
2e mois.....	7	—	—	id.	90 à 105	630 à 735
3e —	7	—	—	id.	105 à 120	735 à 840
4e et 5e mois.	7	—	—	id.	120 à 135	840 à 945
6e au 9e — .	6	—	0 fois	Lait pur lactosé à 2 0/0	160 à 175	960 à 1050

2° Les chiffres du tableau n'ont rien de fixe et n'indiquent que des moyennes, établies pour des enfants pesant à la naissance 3,250 grammes. Donc, à tout médecin incombe la tâche de modifier ces chiffres suivant le développement, la force, les facultés digestives, la nature des garde-robes, etc., des nourrissons.

3° Les intervalles des tétées sont indiquées dans les tableaux, et sont un peu plus grands que ceux généralement indiqués. Mais, M. Marfan estime d'après son expérience personnelle corroborée par les résultats des lavages de l'estomac, qu'il faut environ 3 heures pour la digestion du lait dans la cavité gastrique du nourrisson. Il ajoute cette remarque, dont nous avons pu, plusieurs fois déjà, constater l'exactitude : « *qu'on sache bien d'ailleurs qu'il est facile de régler un nourrisson ; il suffit de se résigner à l'entendre crier un ou deux jours ou une ou deux nuits. Rien n'est plus funeste que l'habitude d'alimenter l'enfant pour l'empêcher de crier*, etc. ».

4° Les tableaux précédents ne donnent d'indication que jusqu'au neuvième mois. C'est qu'à partir du dixième mois, *si l'enfant est sain*, on peut joindre au lait une bouillie.

6° Pour avoir des notions précises sur le succès ou l'insuccès d'un allaitement, on doit examiner : a) la courbe des poids, et *b*) *regarder fréquemment les garde-robes.*

a) *Poids.* — Lorsque le poids de l'enfant ne s'accroît pas suffisamment, (20 à 40 grammes pendant les cinq premiers mois ; dix à quinze grammes pendant les sept suivants), il faut chercher s'il n'y a pas : 1° *une erreur d'allaitement* (la qualité du lait, est-il coupé ou non coupé, alimentation prématurée) ; 2° *une maladie du nourrisson.*

« Lorsque le poids de l'enfant s'accroît beaucoup plus que les chiffres indiqués plus haut, qu'on se garde de se réjouir trop tôt. Il y a beaucoup de chances pour que ce nourrisson gros, gras, obèse, soit un enfant suralimenté, déjà malade ou en imminence de maladie; on le verra bientôt présenter des troubles digestifs, des stigmates de rachitisme, de l'eczéma. Les parents cherchent à cet état toutes les causes possibles (le froid, la dentition, etc.) ; ils ne songent pas que pour éviter ces désordres, il eût suffi de régler l'allaitement, de ne pas donner de trop grandes quantités de lait à des intervalles trop rapprochés. »

b) *Garde-robes.* — Une croissance normale n'a une signification favorable que lorsque les garde-robes sont tout à fait normales.

5° Deux autres signes ont encore une valeur pour apprécier le succès plus ou moins considérable de l'allaitement artificiel : a) *l'éruption dentaire* (premières incisives doivent sortir à sept mois), *b*) *l'état de la grande fontanelle* (doit être fermée de 15 à 18 mois).

Un retard notable dans ces deux phénomènes, permettra d'incriminer, le plus souvent, un allaitement défectueux.

Aliments autres que le lait. — A partir de dix mois, on peut essayer de substituer une bouillie à une tétée. Pour faire la première bouillie, user d'une des farines suivantes : farine

de froment séchée au four; farine lactée stérilisée; racahout; arrow-root (1).

Menus pour enfants SAINS : 10 à 12 mois, une bouillie et 5 tétées de 200 grammes.

12 à 15 mois : deux bouillies plus abondantes et trois tétées de 200 grammes.

15 à 20 mois : à 8 heures bouillie, à midi panade au lait ou soupe au lait à la biscotte. La moitié d'un œuf à la coque donnée avec une petite cuillère; ou un peu de cervelle de mouton. Laisser grignoter un morceau de pain. Un peu d'eau bouillie, si l'enfant veut boire (un quart de timbale).

A 4 heures, 200 grammes de lait stérilisé.

A 7 heures 1/2, soupe au bouillon gras avec pain ou semoule, tapioca, vermicelle. Un peu de purée de pommes de terre au lait. Laisser grignoter un morceau de pain. Un peu d'eau bouillie si l'enfant veut boire.

20 mois à 2 ans, augmenter la quantité des aliments précédents; donner l'œuf entier; donner de temps à autre un peu de crème aux œufs.

A 2 ans, à un repas, on pourra donner un peu de viande (blanc de poulet ou noix de côtelette); on pourra donner des légumes verts, des gâteaux secs, de la gelée de fruits.

(Suit un exposé de règles pour l'alimentation des enfants malades, que le défaut de place nous empêche de présenter ici.)

En terminant, nous rappelerons ceci qui est bien dans la pensée de l'auteur : les préceptes précédents sur l'allaitement artificiel ne sont que des données générales, des points de repère utiles; loin d'avoir la prétention d'être des règles

---

(1) *Bouillie à la farine de froment :* cinq cuillerées à soupe de lait et une cuillerée à soupe de farine de froment séchée au four : un peu de sel et de sucre, plus tard, un peu de beurre.

Bouillie à la farine lactée : Employer de préférence les farines lactées stérilisées. Une cuillerée à soupe pour cinq d'eau.

Bouillie au racahout, à l'arrow-root, mêmes proportions.

immuables, il sont sujets à être modifiés plus ou moins suivant les cas.

C'est tout un art, un art difficile que d'élever un enfant sans le secours du sein maternel. Quelle différence entre l'allaitement artificiel et l'allaitement naturel où tout est simple, facile, sans péril ! Sauf raison urgente, *toute mère doit nourrir son enfant*.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

La collopexie ligamentaire dans la chute de l'utérus.

On sait combien sont fréquents les échecs que l'on éprouve dans le traitement de la chute de l'utérus lorsqu'on étudie les résultats des opérations pratiquées. Aussi les gynécologues s'ingénient à trouver constamment des procédés nouveaux. A ce titre nous devons signaler celui que vient de publier le Dr Jacobs (de Bruxelles), sous le nom de *collopexie ligamentaire* (1).

L'opérée est mise dans la position de Trendelenburg. Les parois abdominales incisées, on attire l'utérus au dehors. Au moyen de quelques ligatures placées en dehors des annexes sur les ligaments larges, on assure l'hémostase des artères utéro-ovariennes. On sectionne les ligaments, en dedans des ligatures, jusqu'à environ trois centimètres de la portion vaginale du col.

On réunit ces deux incisions premières par deux incisions concaves passant à la partie inférieure des parois antérieure et postérieure de l'utérus, l'incision n'entamant que le péritoine. On peut ainsi refouler la vessie sans crainte de la léser. Les deux lambeaux de péritoine écartés à deux ou trois centimètres plus bas, on sectionne le col utérin en biseau de telle sorte que, l'utérus enlevé, on ait un lambeau de col antérieur et un postérieur se rejoignant à angle aigu.

On cautérise la muqueuse du col au moyen d'une solution de chlorure de zinc, puis on accole les deux lambeaux par un surjet

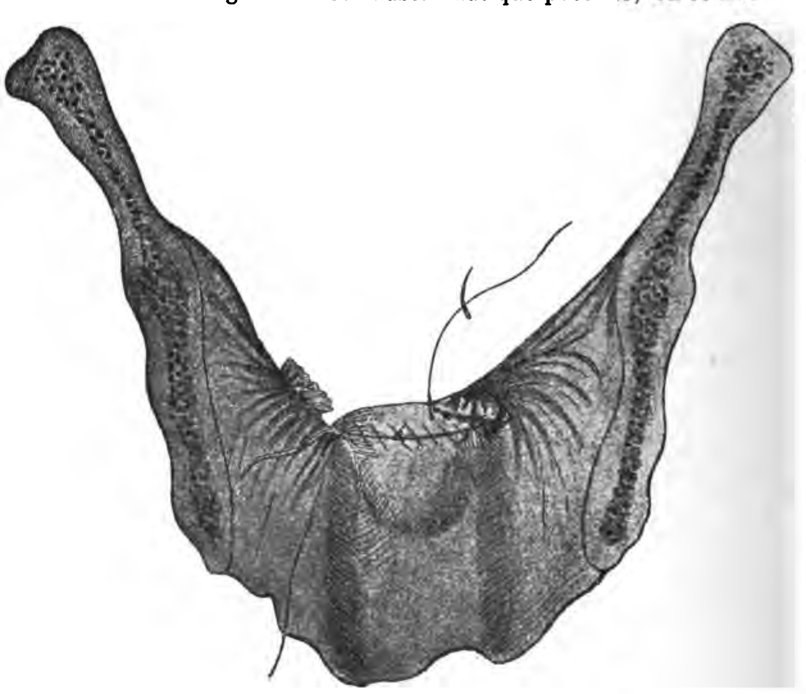
---

(1) *La Policlinique*, Bruxelles, 1896, p. 471.

à la soie; celui-ci terminé, on recouvre le moignon utérin de péritoine par un deuxième surjet à la soie.

Le pelvis ne présente plus aucune surface cruentée; les ligaments larges, l'utérus (moins le col) et ses annexes sont enlevés; c'est à ce moment que l'on pratique la *collopexie ligamentaire*.

Attirant le moignon du col aussi haut que possible, on le fixe



Collopexie ligamentaire.

(Le corps utérin et les annexes sont enlevés; on fixe le moignon de col préalablement suturé à la partie supéro-externe de ce qui reste de ligament large).

par quelques points de suture, à droite et à gauche, à la partie supérieure et externe de ce qui reste de ligaments larges. Ces sutures maintiennent le col en position élevée.

Si la portion vaginale du col était très malade, on ferait l'hystérectomie abdominale totale, suivie de la réunion du vagin et de la suture de celui-ci aux ligaments larges. La collopexie est transformée en *colpopexie*.

HENRI HARTMANN.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du jeudi 13 *février* 1896.

DOLÉRIS ET BONNUS : **Rupture utérine.** — Rupture utérine survenue spontanément au cours d'un travail régulier chez une femme cachectique, sujette à des manifestations purpuriques. Présentation du sommet. Col utérin très altéré, varicocèle pelvien. Absence des signes cataclysmiques habituels de la rupture. La malade a succombé le quatrième jour aux progrès lents de l'hémorrhagie intra-péritonéale.

M. DOLÉRIS : **Grossesse gémellaire. Insertion vélamenteuse du cordon du premier jumeau. Hémorrhagie grave par rupture d'un gros vaisseau des membranes ovulaires ayant amené la mort du deuxième jumeau.** — Parmi les causes connues des hémorrhagies au cours du travail, il faut faire une place à celle qui consiste dans l'ouverture d'une grosse veine située sur le trajet de la ligne de rupture des membranes amnio-choriales, dans le cas d'insertion vélamenteuse du cordon ombilical.

Cette hémorrhagie est difficile sinon impossible à prévoir dans le cas de grossesse simple.

Dans l'observation, il s'agit d'une grossesse gémellaire. L'insertion vélamenteuse du cordon existait sur le premier œuf. La rupture de la poche des eaux entraîna la rupture des vaisseaux funiculaires. L'écoulement abondant de sang a eu pour conséquence une anémie rapide du deuxième fœtus qui malheureusement a succombé. La communauté de circulation des deux jumeaux a dans l'espèce été fatale au deuxième enfant, ainsi que cela aurait pu arriver si l'on avait omis de lier le premier cordon.

M. BOLOGNESI : **Recherches cliniques, bactériologiques et expérimentales sur la transmission de la tuberculose de la mère à l'enfant.** — L'auteur a recueilli treize observations de femmes tuberculeuses qui accouchèrent pour la plupart à l'hôpital Cochin, quelques-unes à la Charité. Il a pu examiner les placentas pour toutes, les

organes des fœtus pour quelques-unes. Les recherches et les expériences portant sur ces treize observations ont été stériles et tous les résultats ont été négatifs. Dans tous les cas l'auteur a examiné le placenta, le sang du cordon ombilical, recueilli par le bout fœtal et par le bout placentaire immédiatement après la naissance ; jamais il n'a pu découvrir ni lésions tuberculeuses, ni bacilles de Koch. Il se croit donc en droit de conclure que l'hérédité tuberculeuse maternelle est surtout une affaire de prédisposition, d'aptitude, la mère léguant à son enfant un terrain apte au développement du bacille et qui en fait un candidat à la tuberculose. Les enfants nés de mères tuberculeuses devront donc être non seulement soustraits au lait maternel et nourris par une nourrice saine, mais encore être isolés ou, mieux, éloignés du milieu familial contagionné dans lequel on les laisse le plus habituellement. PORAK a examiné le poumon d'un enfant de mère tuberculeuse, mort quelques jours après sa naissance. Il présentait des lésions qui en imposaient macroscopiquement pour des tubercules. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'une dilatation bronchique avec sclérose périphérique. Il en conclut qu'on doit être très prudent avant d'affirmer l'existence de la tuberculose congénitale. CHARPENTIER fait remarquer que les enfants de tuberculeuses sont à la naissance très gros et très bien constitués ; il ne croit pas à la contagion intra-utérine de la tuberculose.

MACÉ (service de E. PORAK) rapporte deux observations de **mort survenue pendant le travail chez des cardiaques.**

La première a trait à une femme qui à sa quatrième grossesse présente des troubles asystoliques. Au cours du travail survient une syncope. L'accouchement est terminé par le forceps. Impossibilité de ranimer l'enfant. L'autopsie démontra l'existence d'un rétrécissement mitral avec myocardite accentuée.

Dans le deuxième cas, survint aussi une syncope, mais l'enfant put être ranimé et vécut 5 jours. Il existait aussi, dans ce cas, un rétrécissement mitral, mais la femme est morte de syncope survenue sous l'influence de l'œdème aigu des poumons avec double hydrothorax.

M. PORAK développe et commente une thèse soutenue par un de ses élèves, M. R. Martin : **De l'influence des altérations du pla-**

centa sur le développement du fœtus et sur la santé du nouveau-né pendant les dix premiers jours qui suivent la naissance. L'état facunaire, la dégénérescence calcaire du placenta n'ont aucune mauvaise influence sur le développement du fœtus, ni sur la santé du nouveau-né.

M. Porak pense que souvent les syphilitiques héréditaires perdent beaucoup de leur poids initial.

D'après les recherches de Durante, au laboratoire de la Charité, les noyaux blancs du placenta résultent d'une lésion primitive de la villosité, occasionnant une thrombose. Le sang coagulé peut s'organiser et devenir ensuite le siège d'hémorrhagies. Ces lésions extrêmement communes, souvent liées à l'albuminurie, entravent le développement du fœtus et diminuent la vitalité du nouveau-né.

Le placenta marginé résulte d'une maladie de la caduque au moment où de pariétale elle devient réfléchie. Cette lésion est susceptible d'être arrêtée pendant son évolution tout à fait au début de la grossesse, tandis que dans d'autres cas elle persiste longtemps et même jusqu'à la fin de la grossesse. On conçoit qu'elle retentisse différemment sur le développement du fœtus et sur la vitalité du nouveau-né suivant sa durée. D'où deux ordres de résultats : les uns qui paraissent nuls sur la santé du produit ; les autres qui paraissent tout à fait mauvais.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

De l'intervention dans la grossesse extra-utérine et l'hématocèle vaginale (*suite*) (1).

M. Tuffier. — Je vais essayer de fixer à mon tour quelques-uns des points soulevés par le rapport de M. Piqué sur la question de grossesse extra-utérine. J'ai eu l'occasion à Cochin et à Beaujon de soigner trente-cinq cas d'hématocèle ou de grossesse extra-utérine. Sur ces trente-cinq malades, j'ai pu en suivre dix-neuf et avoir sur elles des renseignements très détaillés.

Comme M. Segond, je crois qu'il faut diviser les grossesses extra-utérines en deux séries, celles avant et celles après le cin-

(1) Compte rendu de la *Presse médicale*. Voir *Annal. de gyn. et d'obst.*, février 1896, p. 152.

quième mois. C'est d'ailleurs la division classique, celle de M. Pozzi. Je n'ai pas eu l'occasion d'observer des malades porteuses de grossesse extra-utérine de plus de cinq mois. Cependant je ferai une exception pour un cas de lithopédion que j'ai opéré avec succès en 1891 et qui a été publié dans les *Annales de gynécologie.* A part ce cas, je ne suis jamais intervenu que pour des grossesses âgées de moins de cinq mois.

On peut diviser les grossesses extra-utérines de moins de cinq mois en trois grandes classes : 1° les grossesses compliquées de rupture intra-péritonéale avec inondation du péritoine; 2° les grossesses compliquées de rupture interpéritonéale dans le cul-de-sac de Douglas, constituant une hématocèle enkystée simple; 3° les hématocèles enkystées suppurées.

J'ai observé 4 cas de rupture intrapéritonéale avec inondation péritonéale. Comme le faisait observer M. Bouilly, les observations de ce genre sont rares, mais je pense qu'elles deviendront plus fréquentes, car les péritonites aiguës, avec lesquelles on les confond, sont maintenant plutôt conduites dans les services de chirurgie que dans ceux de médecine où on les observait autrefois uniquement. C'est en effet avec les péritonites aiguës par perforation qu'on confond surtout les ruptures de grossesses extra-utérines avec inondation péritonéale. Dans 4 cas que je rapporte, trois fois je suis intervenu moi-même, deux fois le deuxième jour et une fois le troisième jour. Dans mon premier cas je crus à une péritonite par perforation, dans le second, j'hésitai entre une péritonite et une rupture de grossesse avec inondation péritonéale, dans le troisième, je fis le diagnostic. Enfin le quatrième cas a été opéré par M. Hartmann et le diagnostic en a été fait par mon interne qui avait vu la malade précédente.

Chez ces quatre malades la laparotomie a été faite ; deux fois il existait une grossesse extra-utérine avec un fœtus libre qui a été enlevé; dans le troisième cas, je n'ai pu que tamponner le fond de la cavité de Douglas et drainer avec un Mikulicz. Les trois malades ont guéri. La quatrième a été également un succès opératoire.

De ces observations je ne veux pas tirer de conclusions fermes; je ferai simplement remarquer la gravité de ces cas, tant au point de vue des phénomènes généraux que des phénomènes locaux. A l'ouverture du ventre, on le trouve plein de caillots qu'il est impossible d'enlever complètement.

Relativement au point de vue opératoire, deux seules lignes de conduite se trouvent en présence : l'intervention par la laparotomie ou l'expectation : c'est la première seule que je préconise.

La deuxième classe de grossesse extra-utérine compliquée d'hématocèle enkystée est la plus fréquente. J'en ai observé 15 cas; 8 fois j'ai eu recours à la laparotomie et ai eu 7 succès; une fois j'ai pratiqué l'incision iliaque et 6 fois l'incision du cul-de-sac postérieur.

Enfin j'ai opéré 12 hématocèles suppurées, 2 fois par la laparotomie et 10 fois par l'élytrotomie.

Toutes mes malades ont guéri, à l'exception de trois laparotomisées dont une est morte de tétanos et les deux autres de septicémie péritonéale. Ces deux-ci sont les hématocèles suppurées que je n'ai pas opérées par l'incision du cul-de-sac vaginal.

Je me résumerai en disant : 1° dans les grossesses extrautérines compliquées de rupture intrapéritonéale avec inondation du péritoine, l'intervention est préférable à l'expectation simple ; 2° dans les hématocèles enkystées, l'incision du cul-de-sac postérieur est la méthode de choix ; les résultats que j'en ai obtenus sont excellents et je n'ai jamais eu d'intervention secondaire à pratiquer. L'incision peut être primitive ou secondaire : si la tumeur s'accroît, il faut la pratiquer de suite, si elle est bien enkystée, on peut attendre un certain temps.

Quant à l'hystérectomie vaginale, elle peut être préconisée dans quelques circonstances spéciales; c'est ainsi que dans un cas que j'ai observé où il s'agissait d'hématocèle compliquée de suppuration des annexes du côté opposé, cette opération eût été la seule bonne à pratiquer. Pour des cas particuliers de ce genre, on peut donc recommander la castration utérine par la voie vaginale.

M. Reynier. — Je désirerais compléter en quelques mots ma première communication dont plusieurs points ont été mal compris.

Quand il s'agit d'une grossesse extra-utérine non rompue, formant une tumeur unilatérale, tout le monde est d'accord et la laparotomie est, de l'avis commun, la seule opération à pratiquer.

S'il s'agit d'une hématocèle, la discussion commence. Pour moi, je reste encore partisan de l'ouverture du ventre parce que je ne crois pas possible, en l'état actuel des choses, d'établir un dia-

gnostie exact. Est-on en présence d'une grossesse extra-utérine vraie ? S'agit-il, au contraire, d'un hématosalpinx rompu ? A cette double question personne ne saurait donner une réponse précise : on ne sait jamais, en somme, s'il y a un fœtus ou non.

C'est précisément parce que je ne connais pas exactement la nature des lésions que je préfère laparotomiser toutes les fois qu'il n'y a pas d'infection secondaire. L'incision vaginale donne de très bons résultats, mais elle peut être insuffisante ou même dangereuse. C'est ainsi que quelques chirurgiens ont pu être amenés à regarder l'hystérectomie vaginale comme préférable à la seule incision parce qu'elle permet de mieux évacuer la collection rétro-utérine.

Je répète que l'incision du cul-de-sac postérieur peut être une opération de nécessité, mais ne doit pas être regardée comme une opération de choix. Elle ne permet pas l'ablation des annexes, qui souvent sont malades et par suite doivent être enlevées.

M. Picqué. — Je ferai remarquer, que jusqu'à présent M. Reynier est seul de son avis à soutenir la supériorité de la laparotomie sur l'incision du cul-de-sac postérieur pour hématocèle rétro-utérine.

M. Ricard. — L'accord est fait sur la conduite à tenir pour une grossesse extra-utérine de plus de cinq mois. La discussion reste pour les cas de grossesse de moins de cinq mois, compliqués de rupture intra-péritonéale; deux espèces sont à considérer, les ruptures avec inondation péritonéale et ictus péritonéal grave, les ruptures avec enkystement de la collection sanguine.

Pour celles-ci l'hystérectomie est à rejeter, les lésions annexielles étant unilatérales, et il faut choisir entre la laparotomie et l'incision du cul-de-sac postérieur. J'ai pratiqué les deux opérations et m'en suis également bien trouvé, mais les indications me semblent particulières pour chacune d'elles.

S'il s'agit d'une hématocèle enkystée, à froid, nettement rétro-utérine, formant une seule tumeur, on fera l'incision vaginale. Se trouve-t-on, au contraire, en présence d'une tumeur complexe, ou d'une hématocèle antérieure ou latérale, la laparotomie me semble préférable.

C'est donc, avant tout, affaire d'indication et on ne saurait établir de dogme, de loi absolue.

La deuxième classe de grossesse avec rupture comprend les cas

compliqués d'inondation péritonéale. On prétendait autrefois que l'expectation était la meilleure manière de traiter les malades atteintes de cette redoutable complication. Élevé dans ces idées, je les ai professées moi-même, mais aujourd'hui je n'hésite pas à dire qu'elles sont déplorables. J'ai eu, pour ma part, l'occasion d'observer trois cas de grossesse compliquées de rupture avec inondation péritonéale. Mes deux premières malades ne furent pas opérées : l'une guérit, l'autre mourut alors que l'opération l'aurait sauvée. La troisième est une femme que M. Reclus n'avait pas voulu opérer le matin, vu son état de faiblesse extrême et pour laquelle je crus devoir intervenir dans l'après-midi : je trouvai la trompe rompue et déchirée à son insertion utérine, je l'extirpai, liai les vaisseaux qui saignaient et ma malade guérit. Cette dernière observation montre assez le succès qu'on doit attendre d'une intervention, même dans les cas les plus désespérés.

Ces faits ne sont pas d'ailleurs aussi rares qu'on le croit et j'ai pu en relever une centaine. Quant au résultat de l'expectation, il se traduit par une mortalité de 85,8 p. 100.

M. Terrier. — Dans les cas de rupture avec inondation péritonéale, je n'ai jamais compris l'abstention : il faut mettre un fil à ligature sur l'artère qui saigne, comme vient de le dire M. Ricard.

Relativement à l'hématocèle enkystée, les chirurgiens se divisent en deux camps : ceux qui ne craignent pas d'ouvrir le péritoine et ceux qui préfèrent s'en abstenir. Pour ma part, j'ai presque toujours eu recours à la laparotomie et mes résultats sont bons.

Contrairement à M. Bouilly, je crois que toute femme atteinte de grossesse extra-utérine, a des lésions annexielles et présente toujours un passé génital. Cette idée me conduit évidemment à cette conclusion que l'opération qui seule me donnera des résultats parfaits, qui me permettra d'enlever et le mal et sa cause, c'est la laparotomie. Je reconnais que la chirurgie que je préconise est plus hardie que celle que j'entends défendre, mais je la préfère parce qu'il me paraît préférable et plus rationnel d'enlever tout : caillots, poches et annexes. *(A suivre.)*

REVUE ANALYTIQUE

I. — Tumeurs du placenta (1).

Du sarcome déciduo-cellulaire (Del sarcoma deciduo-cellulare), par G. Resinelli. *Annali di Ostet. e Ginec.*, novembre 1895, p. 813.

D'abord un historique complet de la question, dont nous ne nous occuperions pas, cet historique ayant été déjà fait dans plusieurs des travaux sur le même sujet parus dans ce journal (voir surtout le mémoire de MM. Nové-Josserand et Lacroix (2), si l'auteur ne signalait pas une omission faite par tous ceux qui ont écrit avant lui, au préjudice du professeur Ratone. « Le professeur Ratone, écrit-il, publia vers la fin de 1890 une observation de déciduome assez importante. Il s'agissait d'une tumeur extirpée par le curettage de l'utérus d'une femme qui, quarante jours auparavant, avait avorté, et qui avait dû rentrer à la clinique obstétricale de Parme, pour des hémorrhagies abondantes. L'examen microscopique montra que la tumeur était constituée par des amas d'éléments volumineux tout à fait semblables aux cellules déciduales et de quelques débris de villosités choriales. Ratone s'occupa surtout des volumineux éléments d'aspect décidual, et y constata une prolifération active, exubérante, confirmée par des figures karyokinétiques nombreuses.

Se basant sur le volume de la tumeur et sur le processus actif des phénomènes mitosiques, il tint la tumeur pour un déciduome; et comme telle, sous le point de vue anatomo-pathologique, bien définie. D'autre part, le résultat heureux de l'acte chirurgical (curettage) le porta à considérer le néoplasme comme étant de nature bénigne. *Cette observation, dont mention n'a été faite dans aucun des nombreux travaux publiés sur la question, a pourtant une importance spéciale, parce que c'est la première dans laquelle on a désigné le déciduome comme tumeur distincte.* »

L'historique terminé, l'auteur relate une observation recueillie

(1) Nové-Josserand. *Annales de Gyn. et d'Obst.*, novembre 1895, p. 411.
(2) *Annales de Gyn. et d'Obst.*, février 1894, p. 100.

à la clinique de Pavie (professeur Pestalozza), observation à laquelle, dans une communication faite à la Société italienne de gynécologie et d'obstétrique vers la fin de 1894, Pestalozza fit allusion sous le nom de sarcome déciduo-cellulaire. Le fait observé en 1891, est resté inédit.

Obs. — Femme de 28 ans, admise à la clinique obstétricale de Pavie, le 2 février 1892. A eu trois accouchements, terminés spontanément à terme, le dernier le 28 mars 1890. Suites de couches régulières; depuis, pendant assez longtemps, fonctions génitales parfaitement normales. En septembre et octobre 1891, donc un an et demi environ après le dernier accouchement, suppression des règles. Commencement de novembre, attaque d'influenza et, avec la cessation de la fièvre, apparition de douleurs lombo-abdominales et d'hémorrhagies importantes, qui se renouvelèrent, après avoir cessé par le repos, l'ergot de seigle, l'ergotine, etc. Peu après, l'état général fut atteint (malaise général, ennui, affaiblissement progressif). Dans l'intervalle des hémorrhagies, écoulement toujours de plus en plus abondant, d'abord blanc jaunâtre, et inodore, puis, peu à peu, rougeâtre, noirâtre, fétide, etc. Sensation de poids dans le bassin, de prurit et de fourmillement à l'orifice vulvaire. A ce niveau, existait un petit noyau, à accroissement continu, recouvert par la muqueuse lisse et tendue. Une nouvelle hémorrhagie survenue le 27 janvier, alita de nouveau la malade. On remarqua que le nodule vaginal s'était rompu, que le sang s'était écoulé surtout de ce point, en même temps que la malade notait la disparition du prurit et du fourmillement. *État lors de l'entrée à l'hôpital*, le 2 février 1892 : Aspect cachectique, état fébrile, dyspnée, râles gros, disséminés dans la poitrine, respiration rude, etc., matité cardiaque un peu augmentée, foie de dimensions normales, mais augmentation de volume de la rate, abdomen souple, non douloureux. *Organes génitaux.* Écoulement jaune noirâtre. Méat urinaire comme caché, déprimé; un centimètre environ au-dessous, occupant l'extrémité inférieure de la colonne antérieure du vagin, petite tumeur, se continuant 3 centimètres environ le long de cette colonne antérieure, dans le vagin : tumeur à bords nets, bosselée, dure. Col de l'utérus, à peu près normal, largement béant, laissant le doigt explorateur pénétrer facilement dans la cavité utérine. La cavité débarrassée d'une sorte de bouillie formée de caillots sanguins et de débris néoplasiques, on constate, en avant, une masse à bords peu nets, du volume d'un œuf de poule, à surface irrégulière, dure, bosselée sur ses parties latérales, molle et friable vers son centre qui est le siège d'un processus ulcératif. Utérus en rétroversion et rétrofléchi, à peu près gros comme un utérus gravide à deux mois. L'examen détermina une hémorrhagie abondante qui nécessita le tamponnement. Le *diagnostic* posé fut : sarcome métastatique ou sarcome infectant, diagnostic confirmé peu de jours après par l'examen microscopique de fragments de tissu, dans

lesquels on constata des cellules à type décidual. Malheureusement, l'état cachectique et l'existence déjà de foyers métastatiques ne permettaient plus une intervention chirurgicale, curative. Les phénomènes morbides allèrent en s'accusant et la mort survint le 14 mars 1892.

Les examens macroscopique et microscopique pratiqués après la mort, montrèrent qu'il s'agissait bien d'une tumeur maligne, développée sur l'utérus, et ayant donné lieu à des métastases multiples (trompe gauche, vagin, poumons, foie), dans lesquelles on constata la présence des éléments essentiels constitutifs de la tumeur utérine. Ces mêmes éléments furent également trouvés au niveau de thromboses veineuses, dans les ligaments larges et dans les plexus veineux voisins. Ils consistent : 1° en cellules mononucléaires à protoplasma clair, finement granuleux, mesurant de 17 à 21 μ ; 2° en cellules géantes, les unes uninucléées, les autres multinucléées (3, 4, 5, 6 noyaux et plus), ayant l'aspect de cellules déciduales. Eléments anatomiques rappelant ceux que Marchand (1) a décrits avec beaucoup de détails et qu'il fait dériver les dernières du syncytium, les autres de la couche cellulaire (ectodermique) de la villosité choriale. Seulement, l'auteur n'a sur aucune des préparations vu les traînées de substance plasmodiale observées par Marchand. La description des lésions macroscopiques et microscopiques constatées sur l'utérus et les autres organes est faite avec beaucoup de soins. Plusieurs figures explicatives éclairent cette description.

Au point de vue de *l'origine anatomique* de la tumeur, Résinelli se rallie à l'opinion de Marchand, mais constate une fois de plus, qu'il est impossible de préciser absolument cette origine, fœtale et maternelle, aussi longtemps qu'on restera ignorant de la vraie provenance du syncytium, de la couche plasmodiale de la villosité choriale. Mais, ce qui reste surtout acquis, c'est le tableau clinique de ces processus auxquels on a déjà appliqué de si nombreuses dénominations, tableau clinique suffisamment net, sur lequel Pestalozza a depuis longtemps fixé l'attention, et qui a une importance capitale, car il permet de faire le diagnostic précoce d'une maladie, dont la malignité exige une intervention hâtive et radicale (hystérectomie vaginale). Jusqu'ici 11 cas ont été opérés : 4 femmes sont mortes par suite de métastases, dans un délai de 4 à 12 mois après l'intervention (cas de Gottschalk, Lebensbaum, Löhlein, Menge, tandis que 7 restaient bien portantes après un intervalle de temps déjà assez long (cas de Jean-

(1) *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Hft. I, p. 419 ; Hft. 6, p. 513 et *Annal. de Gynéc. et d'Obst.*, septembre 1895, p. 299.

nel, de Marchand, de Nové-Josserand et Lacroix, de Tannen, de Kuppenheim et de Pestalozza. R. LABUSQUIÈRE.

De la signification pathologique des éléments du chorion et des soi-disant « sarcomes déciduo-cellulaires. » (Sul significato patologico degli elementi coriali e sul cosi detto « Sarcoma deciduo cellulare), par E. PESTALOZZA. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1895, nº 11, p. 737.

Pestalozza qui, l'un des premiers, sinon le premier, a appelé l'attention sur le tableau clinique qui accompagne l'évolution de ces processus néoplasiques dont l'étude récente a déjà provoqué de nombreux travaux, leur consacre ici une nouvelle étude, très complète, qui a pour base 41 observations, dont 6 personnelles. Faute d'espace, il ne nous est pas possible de donner une analyse détaillée de ce travail important dont voici les conclusions :

1) Je tiens la maladie pour plus fréquente qu'on ne le supposait au moment des premières publications. Aussi, cette fréquence doit-elle nous imposer, en Italie, de lui consacrer l'attention dont jusqu'à présent elle a été l'objet seulement à l'étranger.

2) Sous le rapport de son origine, je crois pouvoir dire avec une certaine assurance que, primitivement, elle dérive d'une tumeur développée dans la sérotine ; et qu'elle apparaît plus fréquemment à la suite d'une grossesse môlaire (sur 38 cas, sur lesquels on a des renseignements précis, 20 fois il s'agissait de môles = 52,6 p. 100), moins souvent après un accouchement à terme (15 fois sur 38 = 39,4 p. 100), et plus rarement après un avortement (3 fois sur 38 = 7,8 p. 100).

3) La coïncidence fréquente de la grossesse môlaire et de l'affection explique pourquoi on s'est efforcé de chercher l'origine de celle-ci dans une altération anatomique des villosités choriales.

4) Les altérations des couches épithéliales de revêtement des villosités choriales, si accusées dans les môles, peuvent également se rencontrer en dehors de cette affection dans les villosités d'un placenta à terme ou abortif.

5) L'analogie frappante qui existe entre les éléments constitutifs du néoplasme et les éléments des couches épithéliales des villosités semble donner raison à ceux qui pensent que le néoplasme dérive de ces couches épithéliales.

6) La participation de la caduque, si elle est réelle, paraît ne

jouer qu'un rôle secondaire, en ce sens, que l'évolution anormale des débris placentaires restés *in utero* entretiendrait cette sorte de stimulus gravidique sous l'influence duquel persiste et se poursuit une transformation active des éléments déciduaux.

7) De cette manière d'envisager les choses, il ressortirait que le néoplasme a la signification et l'importance d'une tumeur épithéliale. Mais, on ne peut, d'aucune manière, parler de cancer, parce que cette dénomination se rapporte à un groupe de tumeurs qui se comportent d'une manière tout à fait spéciale et bien définie avec les tissus au sein desquels elles se développent.

8) La malignité de la tumeur paraît être en connexion plus directe avec les lésions ulcératives qu'elle produit dans les parois des vaisseaux, qu'avec des propriétés spécifiques des éléments qui la composent.

9) Les éléments du néoplasme charriés par le sang, sous forme d'embolies, paraissent y exercer une action adultérative, si l'on en juge d'après la destruction notable des globules rouges et du dépôt fréquent de masses pigmentaires au voisinage des nodules métastatiques.

10) Tout ce que nous savons de la question aujourd'hui paraît justifier la conclusion de mon travail sur la môle vésiculaire, à savoir qu'un néoplasme maternel peut avoir une origine ovulaire.

11) Quelle est la meilleure dénomination à donner à la tumeur. Aucune de celles nombreuses, déjà proposées, ne résistent entièrement à la critique. Aussi, serait-il préférable, pour le moment, d'en adopter une neutre en quelque sorte, celle par exemple proposée par Marchand, *tumeur de la sérotine*, à moins d'adopter celle de *Maladie de Sänger*, pour rendre hommage à celui qui, le premier, a décrit l'affection dans ses traits essentiels.

R. LABUSQUIÈRE.

Sur le déciduome malin et le sarcome des villosités choriales (Ueber das Deciduoma malignum und das Sarkom der Chorionzotten). *Cent. f. Gyn.*, 1895, nº 35, p. 941.

Le travail de C. Ruge, que nous avons déjà analysé (1), communiqué à la Société obstétricale de gynécologie de Berlin, y a suscité une longue discussion à laquelle ont pris part Gottschalk, Sänger, Veit, Waldeyer et C. Ruge. De la lecture de cette dis–

(1) *Annales de gyn. et d'obst.*, novembre 1895, p. 411.

cussion, il ressort surtout que les difficultés de classer d'une façon précise ces tumeurs existent toujours, qu'il est impossible à l'heure actuelle de leur appliquer une dénomination définitive, et que les opinions sur la nature et l'origine des éléments épithéliaux des villosités choriales sont encore fort divergentes. Mais il n'est peut-être pas inutile de reproduire ce passage de la communication de Sänger : « *Pestalozza recommande de ne pas se laisser aller, par des discussions anatomiques et étiologiques subtiles, à perdre de vue l'unité clinique, précise des tumeurs déciduales malignes, d'autant plus que tous les éléments anatomiques desquels les divers auteurs veulent faire dériver ces néoplasmes ne sont pas suffisamment connus pour qu'ils puissent servir de base à une classification anatomique, rigoureuse.* »

R. LABUSQUIÈRE.

Sur les tumeurs malignes des villosités choriales (Ueber bösartige Tumoren Chorionzotten), par APFELSTEDT et ASCHOFF. *Arch. f. Gyn.* Bd. L, Hft. III, p. 511.

OBS. I. — Femme de 33 ans, a eu deux accouchements naturels. En mai 1894, début d'une troisième grossesse, au cours de laquelle elle éprouve des malaises qu'elle n'avait jamais ressentis durant les deux premières, sensations d'angoisses, perte des forces. En octobre 1894, après huit jours de perte de sang, fausse couche, expulsion d'un œuf entier, ainsi qu'il fut constaté à l'institut d'anatomie pathologique. Dans la suite, apparition d'hémorrhagies, se répétant à des intervalles plus ou moins longs, et, durant ces intervalles, écoulement séro-sanguin. Premier traitement, par le médecin ordinaire : ergot de seigle, hydrastis, curettage. Les pertes continuent, la femme entre à l'hôpital (service du professeur M. Runge). Le 2 février, après anesthésie chloroformique, on extrait de l'utérus, fragment par fragment, une tumeur qui paraissait s'insérer, par une sorte de pédicule, sur le fond de l'utérus. Comme, de par l'aspect macroscopique des tissus enlevés, on crut avoir affaire à un myôme, plus ou moins dégénéré, en voie de ramollissement, l'examen microscopique ne fut pas fait. Le 15 février, c'est-à-dire *treize jours après cette première intervention, la femme quittait l'hôpital, considérée comme guérie.* Mais peu après, elle recommença à perdre : écoulement muqueux d'abord, puis sanguin. *Réadmission à l'hôpital* le 16 mai 1895. Nouvel examen sous le chloroforme, le 17 mai. Utérus antéfléchi, à peu près gros comme un poing d'homme, mou. Orifice interne fermé. Annexes de l'utérus normales. Bassin libre. Le cathéter indique la présence dans la cavité utérine d'inégalités, de saillies.

Curettage, qui ramène, au milieu d'une perte de sang abondante, des

masses volumineuses dont quelques-unes donnent l'aspect de membranes ovulaires. On a la sensation, même quand on manœuvre la curette avec la plus grande douceur, que l'instrument pénètre profondément dans le tissu utérin. Aussi ne poursuit-on pas plus loin le curettage. L'examen microscopique des masses enlevées amène au diagnostic inattendu de « *Sarcome déciduo-cellulaire* ». Aussi, comme le bassin et le vagin paraissaient parfaitement indemnes, et que rien ne faisait supposer l'existence de métastases, le professeur Runge, dans l'espoir d'intervenir *à temps* et de réussir à sauver la femme par une intervention radicale, pratiqua *l'hystérectomie vaginale totale*, le 24 mai. *Examen de l'utérus enlevé :* grosseur et consistance d'un utérus gravide à trois mois. La paroi antérieure étant incisée, on constate une tumeur sphérique, du volume d'une petite pomme, de consistance molle, à surface irrégulière, faisant saillie dans la cavité utérine et s'implantant largement sur la paroi postérieure et sur le fond de l'utérus. Cette tumeur intéressait presque toute l'épaisseur de la paroi postérieure, sauf une mince zone contiguë à la séreuse.

Suites opératoires. — L'espoir fondé sur l'absence probable de métastases fut déçu. L'état général alla de plus en plus en empirant, et la femme *mourut cachectique, vingt-quatre jours après l'opération, et huit mois et demi après l'avortement.*

Les constatations à *l'autopsie*, relatées en détail dans l'observation, sont ainsi résumées : vestiges de l'hystérectomie antérieure ; après destruction d'adhérences intestinales nombreuses, mise à découvert d'un orifice, portant plusieurs sutures et communiquant avec le vagin ; foyers métastatiques multiples dans les poumons, le foie, le pancréas, le mésentère, l'intestin, les os, anémie générale ; dégénérescence profonde du myocarde. Dilatation du ventricule droit. Atrophie brune et stéatose marquée du foie. Pleurésie fibrineuse latérale. Œdème des deux poumons.

Obs. II. — 42 ans, deux accouchements antérieurs, normaux, le dernier en 1886. En 1894 (pendant l'automne) cessation des règles, début d'une nouvelle grossesse qui se termine le 21 mars 1895, par l'expulsion d'une *môle.* Huit jours après un médecin est consulté pour une grosseur occupant la grande lèvre gauche, et dont la femme avait constaté l'apparition déjà au cours de la gestation.

Le 17 juin, la femme entre à l'hôpital. *Examen* le 19 juin 1894, sous le chloroforme : La grande lèvre gauche et la région avoisinante sont fortement distendues, sensation de fluctuation. La rénitence, constatée au niveau de la grande lèvre, se poursuit le long de la paroi vaginale et s'étend jusqu'au cul-de-sac du vagin ; le siège du foyer pathologique paraît être le tissu connectif paravaginal. La paroi vaginale gauche paraît comme repoussée vers la lumière de l'organe, mais sa muqueuse est intacte. A ce niveau, on produit également la fluctuation. Comme les constatations faites plaident en faveur d'une collection suppurée, on incise la paroi vaginale, ce

qui permet au doigt explorateur d'arriver dans une cavité, ayant à peu près les dimensions d'un œuf de poule, et pleine de masses brunes, friables, les autres vésiculiformes. On peut en extraire quelques-unes et leur examen montre qu'il s'agissait de caillots anciens et de portions de **MÔLE HYDATIQUE** (une vingtaine de vésicules, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un noyau de cerise, étaient réunies par des pédicules de longueur variable en une petite grappe). Mais l'extirpation de ces masses fut immédiatement suivie d'une hémorrhagie telle qu'il fallut se hâter de tamponner.

Le 20 juin, *nouvel examen* sous chloroforme : Utérus rétrofléchi, augmenté de volume, ramolli. A gauche, on sent une résistance qui paraît correspondre au ligament large de ce côté. En dehors de cette résistance, on a celle de la paroi vaginale gauche repoussée par la loge anormale antérieurement tamponnée. Les parties latérales droites paraissent libres. Du col, sort un volumineux bouchon muqueux. Cavité utérine augmentée, inégale. Le cathétérisme s'accompagne d'écoulement sanguin. On réussit à enlever quelques fragments de tissus. Tamponnement de l'utérus. Cela fait, on retire le tampon de la cavité anormale. On trouve une cavité ayant les dimensions d'une orange, inégale, et comme érodée surtout vers la partie inférieure. On enlève aussi quelques portions de tissus et on tamponne de nouveau parce que du sang se met à couler.

L'examen microscopique des débris provenant soit de la cavité utérine, soit de la cavité paravaginale, fournit ce même résultat : *Villosités choriales dégénérées*. Dès le moment où fut ouverte la cavité vaginale, la température s'éleva, en moyenne 38° le soir, mais, au début, le pouls resta normal. A partir du 28 juin, température et pouls se modifièrent parallèlement. De plus, le 4 juillet, de la cavité paravaginale s'écoula une certaine quantité de liquide purulent (en raison de l'urgence créée par la brusquerie et la violence des hémorrhagies, on n'avait pas eu toujours le loisir d'assurer une rigoureuse antisepsie). Peu à peu, se développèrent les symptômes d'une pyémie grave, avec les oscillations thermiques habituelles dans ces états (de 37° à 41°), les frissons, l'accélération, la petitesse du pouls, la cachexie, etc. *Mort* le 25 juillet, *soit 4 mois après l'expulsion de la môle hydatique.*

Les *constatations nécropsiques*, minutieusement rapportées dans l'observation établissaient le diagnostic *post-mortem* suivant : tumeur de l'utérus, formation d'une cavité paravaginale contenant une tumeur, thromboses septiques des veines du bassin (iliaques et fémorales), foyers métastatiques (de la tumeur) dans les poumons et la rate ; hyperplasie aiguë de la rate, pleurésie chronique droite, anémie générale.

L'auteur tient à souligner ce fait que la *cavité paravaginale, qui contenait une môle hydatiforme, n'avait aucune connexion directe avec l'utérus*. Et il en tire cette première conclusion,

qu'il n'est pas permis de nier que les villosités choriales peuvent être le point de départ de néoplasmes malins.

Mais, comment la môle hydatique a-t-elle pu arriver dans cette cavité paravaginale, dans la paroi de laquelle même processus néoplasique s'est fait que dans la paroi de l'utérus ?

« La pathogénie ne peut être que la suivante : les villosités de l'œuf situé dans l'utérus subissent la dégénérescence maligne et s'enfoncent plus vite et plus profondément qu'à l'ordinaire dans le tissu utérin. Déjà ici, elles donnent lieu à des tumeurs et à des métastases. Mais, bientôt elles atteignent les vaisseaux, les perforent, et arrivent jusque dans leurs lumières où elles flottent. Rompues par le courant sanguin, elles sont entraînées dans le courant circulatoire et transportées dans les portions les plus diverses du corps. Viennent-elles à s'arrêter en un point quelconque, elles s'y fixent, *et s'y développent d'une manière atypique*, constituant des tumeurs et des métastases, sans qu'il soit possible désormais de mettre en évidence la transition entre les villosités saines et le néoplasme. »

En ce qui concerne les phases par lesquelles passent les villosités choriales avant d'arriver à constituer le néoplasme dont il s'agit, l'opinion de l'auteur est que, tout au début, il y a dégénérescence morbide des villosités choriales. Puis, quand cette transformation, qui n'est pas obligée, existe, dégénérescence myxomateuse, c'est-à-dire apparition d'une môle ; d'autre part, que les foyers néoplasiques disséminés dans les autres régions des organes du corps ne sont pas des métastases de la tumeur *in utero,* mais bien des métastases des masses de villosités morbides entraînées dans le courant circulatoire et transportées en un point quelconque du corps. A ce niveau, aussi, lorsqu'on trouve, comme dans l'observation II, une môle hydatiforme, la dégénérescence myxomateuse correspond à une phase secondaire du processus néoplasique.

Les choses se passent si bien de cette façon suivant l'auteur, qu'il croit — et, sans le savoir, il expose une idée déjà émise par Gottschalk — que, souvent au cours de la gestation, des villosités normales peuvent, grâce à une vitalité un peu exagérée, pénétrer par effraction dans le courant sanguin, et donner lieu, par le mécanisme de l'embolie, à des accidents qu'on explique mal en invo-

quant des modifications quantitatives et qualitatives de la masse du sang.

L'auteur oppose, comme argument concluant contre l'opinion de Kossmann (1), qu'une tumeur développée exclusivement aux dépens des éléments fœtaux devrait avoir un développement centripète, la deuxième observation, où la tumeur paravaginale était formellement constituée par des villosités choriales.

Il fait ensuite cette remarque : « si la couche syncytiale de la villosité, couche qui également prolifère, provenait de l'épithélium utérin, il n'y aurait plus qu'à se ranger à l'opinion de Marchand (2). Mais, *il paraît ressortir des constatations histologiques à laquelle ces deux observations ont donné lieu, que la couche épithéliale, externe, c'est-à-dire syncytiale de la villosité, est également d'origine fœtale; il ne s'agit donc pas de tumeurs dérivées d'éléments épithéliaux appartenant à deux êtres différents, mais d'éléments épithéliaux appartenant à un seul individu.*

L'auteur, comme la plupart de ses devanciers, insiste sur l'uniformité, en quelque sorte, du type clinique. Mais, il porte un pronostic peut-être plus sévère, parce qu'il ne compte pas beaucoup sur les résultats de ce que l'on appelle *intervenir de bonne heure.* Car, d'après les faits, alors même qu'on croit intervenir de bonne heure, l'intervention est encore tardive. En général, quand la maladie se trahit suffisamment pour que l'éveil soit donné et qu'on songe à une intervention dite radicale, le processus a déjà dépassé l'utérus et il existe des métastases multiples. Il estime que pour parler de guérisons définitives, d'après lui malheureusement trop peu probables, il faut attendre un intervalle de temps encore plus long que celui dont il est question dans la plupart des observations où il est parlé d'opérées guéries. Certains cas de mort, survenue après un an, justifient et commandent les plus grandes réserves.

En terminant, il propose pour ces tumeurs la dénomination de *chorioma malignum* (choriome malin) par opposition à celle de *chorioma benignum* (choriome bénin) qui serait applicable aux dégénérescences bénignes du chorion (môle hydatiforme, p. ex.).

---

(1) Voir *Annales de gynéc. et d'obst.*, novembre 1895, p. 413.

(2) Voir *Annales de gyn. et d'obst.*, septembre 1895, p. 228.

Suit une deuxième partie, consacrée à l'étude anatomo-histologique des préparations, avec plusieurs planches explicatives.

R. LABUSQUIÈRE.

Un cas de sarcome utérin déciduo-cellulaire (Ein Fall von Sarcoma uteri deciduo-cellulare), par TANNEN. *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLIX, Hft. I, p. 94.

OBS. — Femme de 23 ans, un accouchement normal, une fausse couche au sixième mois. En juillet 1893, *après trois mois environ de grossesse, expulsion d'une môle hydatiforme.* Durant trois semaines, hémorrhagies qui parurent céder à l'emploi du seigle ergoté. Depuis, menstruation régulière, toutes les trois semaines. Dernières règles, fin janvier 1894. Depuis le commencement de mars, hémorrhagies irrégulières qu'on mit sur le compte d'un avortement. Le 28 avril 1894, curettage sans exploration digitale de la cavité utérine. Pas de résultat notable. Malgré des injections intra-utérines répétées, persistance d'un écoulement fétide, sanguin, symptômes auxquels se surajoutèrent les suivants : *vomissements incoercibles, fièvre élevée, petitesse et accélération du pouls, anémie profonde et affaiblissement.*

Le 16 juin 1894, deuxième curettage et exploration digitale de la cavité utérine, où l'on constate la présence d'une masse molle, spongieuse, dont on enlève plusieurs fragments. Or, de l'examen microscopique de ces fragments, on conclut à un *sarcome de l'utérus, déciduo-cellulaire.* Le 30 juin 1894, *hystérectomie vaginale, totale.* Sur l'utérus enlevé, on constata une tumeur, particulièrement développée au niveau du fond de l'organe, de coloration rouge sombre, tranchant sur les éléments musculaires plus pâles, et en un point, intéressant la paroi utérine dans toute son épaisseur jusqu'au péritoine, sans cependant perforer la séreuse. *Résultat opératoire :* excellent, puisque les dernières nouvelles que signale Gottschalk, dans un récent article, établissent qu'encore le 29 janvier 1896, soit un peu plus d'un an et demi après l'opération, la santé est parfaite. R. LABUSQUIÈRE.

Nouvelle contribution à l'étude des tumeurs malignes, des villosités choriales (Ein weiterer Beitrag zur Lehre von den malignen, placentarvillosen Geschwülsten), par GOTTSCHALK. *Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. LI, Hft. I, p. 56.

Après avoir résumé l'observation de Tannen, l'auteur dit qu'il n'avait pas accepté l'opinion de ce dernier, d'après laquelle la tumeur enlevée par lui était d'origine déciduale. Aussi, avait-il prié Tannen de lui permettre de l'examiner à son tour, demande à laquelle son collègue avait répondu, très obligeamment, par l'envoi de la pièce. Voici, résumés les résultats de cet examen très soigneux, dont les détails sont complétés par plusieurs figures très claires.

L'individualité de la néoplasie s'affirme par les particularités suivantes : 1° extravasats sanguins nombreux, étendus, qui, dans certains noyaux, occupent une moitié au moins de la tumeur et expliquent sa coloration rouge, accusée.

2° Quantité considérable de leucocytes, polynucléaires au niveau des foyers sanguins et dans le tissu nécrosique ; leucocytes de dimensions notables, mais uninucléaires au sein des éléments musculaires, et devenant de plus en plus rares à mesure que la distance au néoplasme augmente.

3° Présence de portions de tissu en voie de nécrose et déjà nécrosés, souvent sur une grande étendue.

4° Portion relativement restreinte de la masse totale de la tumeur pour le tissu néoplasique proprement dit, c'est-à-dire pour le tissu de nouvelle formation.

Caractères histologiques du tissu propre de la tumeur. 1° Disposition anatomique générale. Les éléments propres de la tumeur se disposent entre les lacs sanguins, dépourvus de parois, en petites colonies, qui, sur certains points, rappellent la forme villeuse. Il ne s'agit donc pas d'une masse de tissu cellulaire en continuité, mais bien d'îlots de cellules ou d'éléments de tissu entourés le plus souvent par du sang libre, contenant un grand nombre de leucocytes. Dans ces sortes de colonies, d'îlots de tissu, on distingue nettement des éléments (cellules ou autres éléments de tissu) divers qui paraissent s'entrelacer.

Gottschalk fait ensuite la description histologique, la plus minutieuse de ces divers éléments constituant de la néoplasie, et, après avoir étudié, comparé et critiqué leurs caractères anatomiques, chimiques et biologiques, conclut que ces éléments appartiennent à deux espèces différentes :

1° *Éléments dérivés de l'épithélium syncytial des villosités choriales, constituant la plus grande portion du néoplasme.*

2° *Éléments ayant pour point de départ des cellules de la couche de Langhans, restées in utero après altération choriale myxomateuse, et représentant des dérivés, dégénérés, de ces cellules de Langhans.*

On trouve donc comme éléments constituants de cette tumeur, les deux éléments du chorion. Et ces éléments sont en voie de prolifération active, libre ; ils ne sont pas assujettis à se développer suivant la forme villeuse, laquelle serait observée, en général, comme expression d'une hyperplasie simple dans les cas de môle hydatiforme, bénigne, du voisinage de l'aire d'insertion du placenta. Le néoplasme dont il s'agit ici se distingue précisément de ces processus de bonne nature, produits d'hyperplasie simple, par son *caractère atypique*. Ce caractère, avec la tendance destructive formelle très accusée de ce néoplasme, en fait une tumeur tout à fait maligne.

D'autre part, sa structure anatomique doit faire rejeter la dénomination de « sarcome déciduo-cellulaire ». En réalité, c'est un type de ces tumeurs dénommées par Waldeyer et Gottschalk, *tumeurs malignes des villosités placentaires*; tumeur développée, dans ce cas, comme il advient souvent, consécutivement à une môle hydatiforme.

Dans une seconde partie très intéressante de son mémoire, Gottschalk s'applique à démontrer que les tumeurs en question sont essentiellement formées des éléments épithéliaux des villosités choriales (syncytium, couche de Langhans). Il justifie la dénomination qu'il avait choisie au début, de sarcome des villosités choriales, en faisant voir qu'également les éléments cellulaires du stroma peuvent éventuellement proliférer, et que, dans ce cas, il est bien difficile, sinon impossible, de les différencier des cellules ectodermiques qui, intéressées aussi par le processus de prolifération et maintenues dans l'intérieur de la villosité par le revêtement syncytial, se mêlent avec elles. L'auteur a fait intervenir la plupart des travaux importants publiés récemment sur la question, et il a, en particulier, accordé une large place à l'observation de MM. Hartmann et Toupet (1), tout en soulignant que les dessins qui accompagnent ce mémoire étaient dus au professeur Cornil (non un simple dilettante, observe-t-il), pour bien mar-

(1) *Annales de gynéc. et d'obst.*, avril 1895, p. 285.

quer l'importance qu'ils ont. Il fait également remarquer que les auteurs décrivent l'observation, qu'il trouve très semblable à la sienne, sous l'étiquette de « *sarcome des villosités choriales* ».

« En résumé, conclut l'auteur, il me semble que, *pour les cas dans lesquels il y a eu préexistence d'une môle, l'opinion de Marchand mérite beaucoup d'être maintenue, avec cette restriction néanmoins qu'éventuellement le syncytium seul, sans participation de la couche cellulaire, peut constituer et a déjà constitué la matrice de la tumeur.*

« *Mais, pour les cas qui se développent consécutivement à des avortements réguliers ou à des accouchements, c'est-à-dire qui ont pour point de départ des villosités restées normales jusqu'au moment de la dégénérescence dont il s'agit ici, je tiens la participation éventuelle des cellules du stroma, non seulement pour possible, mais pour extrêmement vraisemblable. Toutefois, je ne veux aucunement dire par là, qu'en certains cas, le néoplasme ne pourra pas avoir comme seuls éléments constitutifs, le syncytium seul ou le syncytium et la couche de Langhans.* » R. LABUSQUIÈRE.

III. — SÉROTHÉRAPIE DANS LES MALADIES PUERPÉRALES

Diphtérie vagino-utérine puerpérale. Sérothérapie ; guérison, par NISOT. *Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique*, Bruxelles, 1896, p. 3.

L'observation du Dr Nisot a un intérêt spécial, car c'est une des premières où le bacille de Löffler ait été reconnu l'auteur unique de la production pseudo-membraneuse et traité par le sérum antidiphtérique. Presque toujours il s'était agi d'une infection à streptocoques.

La femme, âgée de 22 ans, secondipare, vit le troisième jour, sans frisson, la température s'élever à 39°,5. Tout le conduit vagino-utérin était tapissé de membranes blanchâtres, luisantes, adhérentes, qui, lorsqu'on les détachait, laissaient sous elles une surface rouge déterminant un suintement sanguin. L'examen des membranes décela la présence du bacille de Löffler, en culture presque pure, sans streptocoques. Aussi fit-on une première injection de 50 c. c. de sérum antidiphtéritique (le cinquième jour). La température tomba presqu'immédiatement à 37° et les membranes

[illegible] commencèrent à se détacher de toutes parts. Les sixième, septième et huitième jour, on fit quotidiennement une injection de 30 c. c. de sérum : au bout de ce temps les membranes avaient complètement disparu. A part une éruption d'urticaire qui dura deux jours, il n'y eut aucun incident; six mois après, la malade [illegible].

H. H.

Traitement de la septicémie puerpérale par le sérum antistreptococcique, par Ch. Vinay. *Lyon médical*, 1896, n° 4, p. 109.

Le sérum employé par M. Vinay, préparé au laboratoire de médecine expérimentale de la Faculté de Lyon, provenait d'un cheval immunisé au moyen d'injections de cultures de streptocoques filtrées. On sait que celui préparé à l'Institut Pasteur (méthode de Marmorek) provient de chevaux immunisés au moyen d'injections de cultures complètes (microbes et toxines).

M. Vinay a employé le sérum dans 4 cas. — Obs. 1). Il s'agissait dans ce cas d'un état très grave, consécutif à un avortement de deux mois environ. État général tout à fait sérieux, hyperthermie élevée (température jusqu'à 40°,8), accidents contre lesquels lavages intra-utérins, curettage, n'avaient rien fait ou à peu près. Le traitement antistreptococcique fut commencé le [illegible] jour après l'accouchement. La première injection fut suivie d'une chute de la température de deux degrés. On en fit en tout trois de vingt centimètres cubes. A un certain moment, la fièvre qui était un peu tombée réapparut, coïncidant avec un point douloureux dans le ventre. La laparotomie iliaque permit de traiter une collection suppurée de la trompe gauche. *Guérison.* — Obs. 2). *Rétrécissement du bassin. Application de forceps. Fièvre du travail et des suites de couches. Injection de sérum. Guérison.* La première injection fut faite le huitième jour après l'accouchement ; la quantité injectée en tout a été de 35 grammes. Dans ce cas, qui aurait peut-être guéri sans injection, le sérum paraît avoir produit une apyrexie rapide et hâté la guérison. — Obs. 3). *Septicémie puerpérale grave. Rhumatisme infectieux. Traitement tardif, le vingt-deuxième jour des couches, deux injections seulement; mort.* — Obs. 4). *Dystocie grave. Septicémie. Psychose puerpérale à forme mélancolique. Injection de sérum le vingt-cinquième jour seulement, contre le délire. Résultats nuls.*

Les considérations qui accompagnent ces observations peuvent être résumées comme suit : dans les 2 cas où l'intervention n'a pas été trop tardive, le sérum antistreptococcique parait avoir nettement abaissé la température et amélioré l'état général. Mais, il ne saurait agir sur les lésions organiques déjà accomplies. Donc une des conditions de succès du traitement, c'est d'intervenir tôt. Comme toutes les infections puerpérales ne relèvent pas du streptocoque, il serait sans doute désirable de pouvoir, par les cultures, déceler l'agent infectieux réellement en cause. Mais, outre que ces recherches risqueraient d'attarder le traitement, la réunion de certains symptômes, frisson, fièvre vive, état général rapidement grave, permettent d'affirmer, presque à coup sûr, l'infection de nature streptococcique. Dans ces cas, il faut intervenir tôt, de façon à modifier le milieu intérieur, annuler l'action des streptocoques et toxines, et prévenir ainsi les dégénérescences organiques contre lesquelles on est impuissant. Il semblerait que l'effet produit par les injections est d'autant plus rapide et plus marqué qu'elles sont faites dans la soirée au moment où l'hyperthermie s'accuse spontanément. D'autre part, cette méthode ne doit pas faire négliger le traitement local (irrigations antiseptiques, curettage, etc.). R. Labusquière.

BIBLIOGRAPHIE

Manual of Gynecology, par Henry T. Byford, Philadelphia, Blakiston, 1895.

Ce manuel a été écrit à la fois pour l'étudiant et pour le praticien. C'est dire que l'auteur ne s'attarde pas à la description des opérations difficiles ou rarement pratiquées. Pour celles-ci il se contente d'indiquer les différents temps de l'intervention, renvoyant à des traités plus complets pour le détail du manuel opératoire. Deux types de caractère d'imprimerie sont employés dans ce livre : L'un, gros, correspond aux matières essentielles que l'étudiant ne peut ignorer; l'autre, petit, est employé pour les détails pratiques, utiles au praticien mais qui surchargeraient inutilement la mémoire de l'étudiant. De nombreux dessins illustrent le texte e[illegible] la compréhension. Aussi

croyons-nous que ce petit livre rendra des services et qu'il sera lu avec profit.

Compte rendu du sixième congrès de la Société allemande de Gynécologie (Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynækologie), par CHROBAK et PFANNENSTIEL. Leipzig, Breitkopf et Härtel, 1895.

Le congrès a été principalement occupé par l'étude du traitement des ruptures utérines et de l'étiologie des endométrites. Nous ne pouvons résumer les deux grandes discussions qui eurent lieu et auxquelles prirent part le plus grand nombre des accoucheurs et des gynécologistes de langue allemande. Tous ceux qui voudront connaître à fond ces questions, devront lire dans ce compte rendu les longues et importantes communications qui ont été faites. Une série d'autres points ont été abordés dans ce congrès. L'iléus après les laparotomies, les opérations sur les annexes, la suture des parois abdominales et l'éventration, la cœliotomie vaginale, la colpotomie antérieure, la myomotomie vaginale, le cancer primitif de la trompe, l'éclampsie, le pseudohermaphrodisme, la mortalité puerpérale, la vagino-fixation, l'anatomie de l'urèthre féminin, le sarcome de l'ovaire, les parasites du cancer utérin, le traitement de la stérilité, l'ostéomalacie, etc. En somme, volume très documenté et des plus intéressants à parcourir.

VARIÉTÉS

Congrès périodique international de gynécologie et d'obstétrique.

DEUXIÈME SESSION. — *Genève, 1re semaine. Septembre* 1895.

PROGRAMME OFFICIEL

Gynécologie.

1° *Traitement des suppurations pelviennes.* — Rapporteurs : Drs Bouilly (Paris), Kelly (Baltimore), Sænger (Leipzig).

2° *Traitement chirurgical des rétro-déviations utérines.* — Rapporteurs : Drs Kustner (Breslau), Pozzi (Paris), Polk (New-York).

3° *Quel est le mode de fermeture de l'abdomen qui paraît garantir le mieux contre les abcès, les éventrations et les hernies?* — Rapporteurs : Drs Granville-Bantock (Londres), La Torre (Rome).

Obstétrique.

1° *Fréquence relative et formes les plus communes des rétrécissements du bassin suivant les différents pays, groupes de pays ou contrées.* — Rapporteurs : Drs Fancourt Barnes (Londres), Dohrn (Königsberg), Fochier (Lyon), Kufferath (Bruxelles), Jentzer (Genève), Lusk (New-York), Rein (Kiew), Pawlick (Prague), Pestalozza (Florence), Treub (Leiden).

2° *Traitement de l'Éclampsie.* — Rapporteurs : Drs Charles (Liège), Charpentier (Paris), Halbertsma (Utrecht), J. Veit (Berlin), Mangiagalli (Milan-Pavie), Parvin (Philadelphie), Smyly (Dublin).

RÈGLEMENT DU CONGRÈS

ARTICLE PREMIER. — Le Congrès périodique international de Gynécologie et d'Obstétrique comprend des membres fondateurs et permanents et des membres inscrits pour une session.

Les membres fondateurs paient une fois pour toutes une cotisation de 300 francs qui les libère de toute cotisation ultérieure.

Les membres participant à une session paient une cotisation de 30 francs moyennant laquelle ils reçoivent une carte de membre du Congrès qui leur assure les mêmes avantages qu'aux membres fondateurs, mais seulement pour la durée de la session pour laquelle ils se sont inscrits. Ils acquièrent en même temps le droit à un exemplaire du Compte rendu des travaux du Congrès.

ART. 2. — Les membres du Congrès qui ont l'intention de prendre part à la discussion des questions officielles mises à l'étude sont priés d'en informer le Comité d'organisation avant le 15 juillet 1896.

ART. 3. — Les membres qui désirent faire des communications dues à leur initiative personnelle devront en adresser le titre et les conclusions au Comité avant le 15 juin 1896.

ART. 4. — Les communications individuelles devront se faire autant que possible de vive voix et ne pas excéder une durée de dix minutes.

Art. 5. — Il est accordé cinq minutes à chaque orateur prenant la parole dans le cours d'une discussion et dix minutes s'il est inscrit d'avance.

Art. 6. — Toutes les communications écrites ou orales doivent être faites en français, en anglais ou en allemand.

Art. 7. — Les manuscrits seront remis aux Secrétaires à la fin de la séance au cours de laquelle ils auront été lus, et les orateurs ayant pris part à une discussion voudront bien remettre au Secrétaire un résumé de leur discours.

Art. 8. — Tous les travaux communiqués au Congrès seront déposés entre les mains du Secrétaire général. Le Comité d'organisation, qui prendra ses fonctions après la session pour procéder à la publication des actes du Congrès, décidera de l'insertion partielle ou totale de chacun d'eux, dans le Compte rendu général.

Art. 9. — Les étudiants en médecine pourront obtenir des cartes d'admission, sur le vu de leur inscription dans une Université, mais ils ne seront admis en aucun cas à prendre la parole et ne recevront le Compte rendu des travaux qu'en acquittant les droits d'inscription au Congrès.

Art. 10. — Une exposition d'instruments sera ouverte dans les locaux du Congrès.

Les adhésions et le montant des souscriptions doivent être adressés à M. le Dr Bourcart, trésorier du Comité, n° 4, rue Tour-de-l'Ile, Genève. Il se charge de faire recouvrer par la poste le montant des souscriptions des membres résidant en Suisse, les étrangers au pays peuvent lui adresser leurs souscriptions par mandat postal.

Les souscriptions et adhésions pourront aussi se prendre dans les bureaux du secrétariat à partir du 1er septembre 1896.

Un comité se charge de retenir d'avance des chambres dans les principaux hôtels de Genève.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lectenrs la mort inattendue du professeur Vuillet, de Genève, qui devait en septembre prochain présider le Congrès international de gynécologie.

Le Gérant: G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Avril 1896

TRAVAUX ORIGINAUX

FIBROMES ET HYSTÉRECTOMIE

Par le Dr **G. Houzel** (de Boulogne-s.-Mer),
Membre correspondant de la Société de chirurgie.

I

Les progrès réalisés, dans les huit à dix dernières années, dans l'étude et le traitement des fibromes utérins sont si considérables qu'on peut, pour ainsi dire, faire table rase de tout ce qui avait été fait précédemment. Non pas que nous fassions fi de nos devanciers ; étant donnés les moyens dont ils disposaient, ils furent audacieux, habiles, parfois même heureux ; mais les essais des Granville, Altee, Burnham, ne furent que des exceptions n'entraînant pas la conviction, et il faut arriver à Kœberlé et à Péan qui furent chez nous les véritables promoteurs du nouveau traitement appliqué aux fibromes utérins : l'hystérectomie.

Les premiers opérateurs ne prirent, le plus souvent, le bistouri que la main forcée par des épiphénomènes graves : hémorragies, douleurs, etc. ; ces tumeurs étaient réputées innocentes en elles-mêmes et n'acquérant de gravité que par leurs complications. Mais petit à petit on en refit l'étude, on s'aperçut que la ménopause, contrairement aux anciennes doctrines, les trois quarts du temps, ne les empêchait pas

de croître et de saigner, qu'elles avaient une tendance à dégénérer en tumeurs malignes, et la vieille quiétude commença à en être ébranlée.

Dans la discussion qui eut lieu au septième Congrès français de chirurgie (1), tous furent d'accord pour les considérer comme des tumeurs graves qu'on devait toujours tenir en suspicion, et qui légitimaient les interventions les plus radicales. Tout dernièrement encore, le professeur Ott (2), présentant, à la Société d'accouchement de Saint-Pétersbourg, des utérus fibromateux dont les fibromes contenaient au centre du tissu sarcomateux, concluait à la dégénérescence fréquente de ces sortes de tumeurs. Cette vérité avait déjà été démontrée par M. Pozzi (3) dans son excellent traité de gynécologie.

Cette opinion, professée depuis longtemps par M. Péan, rencontrait encore des hésitants qui reculaient devant la mortalité occasionnée par l'hystérectomie ; mais depuis ces trois dernières années, la technique opératoire s'est perfectionnée au point que les plus prudents se sont laissé gagner par l'enthousiasme général.

Un des premiers points nettement établi, c'est que, sauf pour les petits fibromes justiciables de l'hystérotomie, et encore cela est-il contestable, une opération partielle faisait courir plus de risques qu'une extirpation complète. Aussi a-t-on abandonné la castration, le traitement extra ou intrapéritonéal du pédicule, les procédés de Lawson-Tait, Hegar, Schrœder, Wolfler-Hacker ou autres. Ces manières de faire qui furent un important progrès au moment où elles ont été inventées, sont maintenant dépassées; elles ne peuvent trouver place que dans un historique de la question, mais ne seraient plus de mise, aujourd'hui, on fait mieux et avec une mortalité beaucoup moindre.

---

(1) *Annales de gynécologie,* 1893, t. XXXIX, p. 459 et suivantes.

(2) *Annales de gynécologie,* t. XLIV, p. 478.

(3) Pozzi. *Traité de gynécologie,* p. 243.

II

La seule question à débattre présentement, quand on se trouve en présence d'un fibrome nécessitant une intervention, est de savoir par quelle voie on l'attaquera :

Le vagin ou

Le ventre.

Cela étant décidé, de déterminer le procédé qu'on choisira.

Par le vagin, il faut opérer comme MM. Péan, Segond, Bouilly, Richelot, par morcellement avec pincement préventif des vaisseaux, ou comme M. Doy en qui pratique l'hémisection antérieure, ou comme MM. Muller et Quénu avec l'hémisection complète.

Par le ventre, il faudra se décider entre le procédé abdomino-vaginal de MM. Péan (1), Bouilly (2), et le procédé vagino-abdominal de MM. Bardenheuer (3), Jacobs (4) qu'on pourrait appeler les procédés en deux temps; ou le procédé en un seul temps au moyen des ligatures : MM. Martin (5), Delagénière (6), Le Bec (7), ou au moyen des pinces : MM. Doyen (8) et Richelot (9).

Dans cette énumération, nous ne citons que les auteurs principaux, ceux qui ont véritablement innové et nous ont appris à pratiquer ces opérations avec une mortalité réduite à 5 à 10 p. 100 au maximum alors qu'autrefois... Mais il en est ainsi pour toutes les opérations, il ne faut les juger qu'après

(1) Péan. *Diagnos. et trait. des tumeurs de l'abdomen*, t. III, p. 216 et *passim*.

(2) Bouilly. *Cong. franç. de chir.*, 1891.

(3) Bardenheuer. *Central. für. Gyn.*, 1881, n° 22.

(4) Jacobs. *XIe Cong. internat. de Rome.* Compte rendu in *Annales de gynécologie*, 1894, t. I, p. 530.

(5) Martin. *XIe Cong. internat. de Rome*, in *Annales de gynécol.*, 1894, t. I, p. 476.

(6) Delagénière. *Arch. prov. de chir.*, t. III, p. 346.

(7) Le Bec. *Ann. de gynéc.*, t. XLIV, p. 357.

(8) Doyen. *Arch. prov. de chir.*, t. I, p. 536.

(9) Richelot. *Ann. de gyn.*, t. XLIV, p. 350.

Suit une deuxième partie, consacrée à l'étude anatomo-histologique des préparations, avec plusieurs planches explicatives.

R. LABUSQUIÈRE.

Un cas de sarcome utérin déciduo-cellulaire (Ein Fall von Sarcoma uteri deciduo-cellulare), par TANNEN. *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLIX, Hft. I, p. 94.

OBS. — Femme de 23 ans, un accouchement normal, une fausse couche au sixième mois. En juillet 1893, *après trois mois environ de grossesse, expulsion d'une môle hydatiforme.* Durant trois semaines, hémorrhagies qui parurent céder à l'emploi du seigle ergoté. Depuis, menstruation régulière, toutes les trois semaines. Dernières règles, fin janvier 1894. Depuis le commencement de mars, hémorrhagies irrégulières qu'on mit sur le compte d'un avortement. Le 28 avril 1894, curettage sans exploration digitale de la cavité utérine. Pas de résultat notable. Malgré des injections intra-utérines répétées, persistance d'un écoulement fétide, sanguin, symptômes auxquels se surajoutèrent les suivants : *vomissements incoercibles, fièvre élevée, petitesse et accélération du pouls, anémie profonde et affaiblissement.*

Le 16 juin 1894, deuxième curettage et exploration digitale de la cavité utérine, où l'on constate la présence d'une masse molle, spongieuse, dont on enlève plusieurs fragments. Or, de l'examen microscopique de ces fragments, on conclut à un *sarcome de l'utérus, déciduo-cellulaire.* Le 30 juin 1894, *hystérectomie vaginale, totale.* Sur l'utérus enlevé, on constata une tumeur, particulièrement développée au niveau du fond de l'organe, de coloration rouge sombre, tranchant sur les éléments musculaires plus pâles, et en un point, intéressant la paroi utérine dans toute son épaisseur jusqu'au péritoine, sans cependant perforer la séreuse. *Résultat opératoire :* excellent, puisque les dernières nouvelles que signale Gottschalk, dans un récent article, établissent qu'encore le 29 janvier 1896, soit un peu plus d'un an et demi après l'opération, la santé est parfaite. R. LABUSQUIÈRE.

Nouvelle contribution à l'étude des tumeurs malignes, des villosités choriales (Ein weiterer Beitrag zur Lehre von den malignen, placentarvillosen Geschwülsten), par GOTTSCHALK. *Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. LI, Hft. I, p. 56.

Après avoir résumé l'observation de Tannen, l'auteur dit qu'il n'avait pas accepté l'opinion de ce dernier, d'après laquelle la tumeur enlevée par lui était d'origine déciduale. Aussi, avait-il prié Tannen de lui permettre de l'examiner à son tour, demande à laquelle son collègue avait répondu, très obligeamment, par l'envoi de la pièce. Voici, résumés les résultats de cet examen très soigneux, dont les détails sont complétés par plusieurs figures très claires.

L'individualité de la néoplasie s'affirme par les particularités suivantes : 1° extravasats sanguins nombreux, étendus, qui, dans certains noyaux, occupent une moitié au moins de la tumeur et expliquent sa coloration rouge, accusée.

2° Quantité considérable de leucocytes, polynucléaires au niveau des foyers sanguins et dans le tissu nécrosique ; leucocytes de dimensions notables, mais uninucléaires au sein des éléments musculaires, et devenant de plus en plus rares à mesure que la distance au néoplasme augmente.

3° Présence de portions de tissu en voie de nécrose et déjà nécrosés, souvent sur une grande étendue.

4° Portion relativement restreinte de la masse totale de la tumeur pour le tissu néoplasique proprement dit, c'est-à-dire pour le tissu de nouvelle formation.

Caractères histologiques du tissu propre de la tumeur. 1° Disposition anatomique générale. Les éléments propres de la tumeur se disposent entre les lacs sanguins, dépourvus de parois, en petites colonies, qui, sur certains points, rappellent la forme villeuse. Il ne s'agit donc pas d'une masse de tissu cellulaire en continuité, mais bien d'îlots de cellules ou d'éléments de tissu entourés le plus souvent par du sang libre, contenant un grand nombre de leucocytes. Dans ces sortes de colonies, d'îlots de tissu, on distingue nettement des éléments (cellules ou autres éléments de tissu) divers qui paraissent s'entrelacer.

Gottschalk fait ensuite la description histologique, la plus minutieuse de ces divers éléments constituant de la néoplasie, et, après avoir étudié, comparé et critiqué leurs caractères anatomiques, chimiques et biologiques, conclut que ces éléments appartiennent à deux espèces différentes :

1° *Éléments dérivés de l'épithélium syncytial des villosités choriales, constituant la plus grande portion du néoplasme.*

moins de périnées et de vagins exceptionnellement complaisants, la tête de fœtus est déjà une bonne dimension, et que les fibromes atteignant l'ombilic sont justiciables de l'hystérectomie abdominale plutôt que de la vaginale. D'une manière générale, réservons donc pour l'hystérectomie vaginale les fibromes arrivés environ à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic.

Nous choisirons alors entre le morcellement de MM. Péan-Segond, ou les sections de MM. Doyen et Muller-Quénu.

Qu'on nous permette une remarque avant d'aborder la description des procédés. En France, grâce aux travaux de M. Richelot, l'inventeur et le protagoniste de la méthode, les sutures sont abandonnées dans l'hystérectomie vaginale, l'hémostase préventive ou définitive est toujours faite au moyen des pinces. Ce procédé étant reconnu le plus sûr, le plus exempt de danger quand on manœuvre par le vagin, nous ne voyons pas pourquoi on ne le préférerait pas également dans l'hystérectomie abdominale totale dont le dernier temps peut se ramener à une simple hystérectomie vaginale.

III. — Hystérectomie vaginale

A. — Procédé de Péan (1). — La différence entre les manières d'opérer de M. Péan et de MM. Richelot, Segond, est que le premier met sa malade dans la position de Sims, tandis que les seconds la placent dans la position dorso-sacrée.

Le vagin étant maintenu béant avec des écarteurs qui resteront en place jusqu'à la fin, le col est saisi avec une forte pince de Museux puis attiré à la vulve. Un bistouri en ayant fait le tour rapidement au niveau des insertions vaginales, il est désinséré dans toute sa hauteur, la vessie est décollée avec les doigts ou un instrument tranchant rasant le tissu utérin. Si l'utérus obéit et descend, on ouvre les culs-

(1) Péan *Bull. de l'Académie de méd.*, 1890, t. XXIV, p. 9.

de-sac, sinon on commence de suite le morcellement. Un coup de ciseaux sépare le col en deux valves, une inférieure, l'autre supérieure, une pince longuette est placée à la base de chaque ligament large pour étreindre les utérines, et les deux valves du col sont successivement retranchées avec un long bistouri, après avoir pris la précaution de placer de nouvelles pinces de Museux sur le moignon pour l'empêcher de remonter. Si quelque vaisseau saignait trop abondamment sur la tranche vaginale, il serait saisi dans une pince à forcipressure.

Le moignon utérin, étant abaissé, est de nouveau séparé en deux valves, des pinces longuettes sont placées sur la partie visible et vue des ligaments larges, puis les valves sont réséquées. Et ainsi de suite jusqu'à ce que l'utérus soit complètement enlevé et que les ligaments larges soient garnis dans toute leur hauteur d'une série de pinces longuettes placées successivement de bas en haut au fur et à mesure qu'une partie desdits ligaments devient visible.

Chemin faisant, dès qu'on atteint la masse fibromateuse, elle est enlevée par évidement conoïde, par morcellement, une forte pince de Museux la fixant et l'abaissant dans la mesure du possible. La partie saisie est réséquée au moyen d'un long bistouri coudé, en ayant soin de placer une seconde pince de Museux sur la tranche entamée avant de séparer complètement le morceau, afin d'être toujours maître du fibrome et de l'empêcher de se dérober en remontant dans le bassin.

Dans toutes ces manœuvres, on ne doit jamais pincer ou réséquer la moindre portion de tissu sans avoir nettement vu la région sur laquelle on va placer les pinces ou porter l'instrument tranchant.

L'opération terminée, le champ opératoire est nettoyé et de longues mèches de gaze iodoformée sont introduites dans le vagin pour drainer la plaie vaginale, et protéger les parties molles du contact direct des pinces qui ne sont enlevées qu'après quarante-huit heures, le tampon iodoformé devant

rester en place trois à quatre jours, après quoi on commence les injections vaginales.

On a reproché à ce mode opératoire, sa durée souvent longue et le grand nombre de pinces qui, placées sur les ligaments larges, finissent par encombrer complètement le vagin. Dans une opération de M. Péan, M. Doyen (1) a compté jusque cinquante pinces laissées en place.

Les imitateurs de M. Péan ont un peu simplifié sa méthode tout en la conservant dans ses grandes lignes.

Dernièrement, nous avons vu M. Bouilly enlever très habilement et très prestement un fibrome sous-péritonéal du volume d'une tête de fœtus qu'on avait diagnostiqué faisant corps avec l'utérus, mais qui, par le fait, ne lui était relié que par un pédicule étroit et sur lequel l'épiploon s'était greffé.

Les utérines étant étreintes par des pinces longuettes, il morcela l'utérus jusqu'à ce qu'il pût l'abaisser assez pour placer deux autres longuettes sur les utéro-ovariennes, sans se soucier, avec raison, de la partie des ligaments larges placée entre ces deux sources artérielles, les seules qui irriguent la matrice. L'utérus complètement enlevé, quatre longuettes étaient en place, mais le fibrome avait fui et semblait insaisissable. Le faisant refouler par la main d'un aide appuyée sur le ventre derrière le pubis, il parvint à le saisir, le morcela méthodiquement et l'enleva rapidement après avoir jeté une ligature au catgut sur la partie adhérente de l'épiploon avant de le sectionner.

M. Richelot, à qui nous sommes redevables de la vulgarisation de l'hystérectomie, et qui le premier employa systématiquement les pinces à demeure comme unique moyen d'hémostase, ne procède pas autrement. Après avoir enlevé la masse fibromateuse par morcellement, il bascule le fond de l'utérus en arrière et tasse les ligaments larges qu'il hémostasie avec une seule pince de chaque côté.

(1) Doyen. *Arch. prov. de chir.*, t. I, p. 536.

Un grand nombre de chirurgiens s'appliquèrent à perfectionner la technique de M. Péan en la simplifiant.

B. — Procédé Muller-Quénu. — Le 8 juillet 1891, M. Quénu présenta à la Société de chirurgie les morceaux d'un utérus enlevé par son procédé qu'on désigne généralement en y accolant le nom de Muller qui avait publié une technique semblable (1). « Je plaçai deux pinces courtes et fortes sur les côtés du col et sectionnai les attaches latérales du col afin de faciliter la descente de l'organe. Mais je pensai qu'il y avait tout intérêt à ne pas encombrer le vagin d'autres pinces contre lesquelles serait venue butter la tumeur. Je pratiquai la section de l'utérus sur la ligne médiane, depuis le col jusqu'au fond. C'est la pratique que je suis constamment dans les hystérectomies pour salpingites... Lorsqu'on a sectionné l'utérus en deux valves latérales, comme je le conseille, chaque moitié se cache et remonte sur les côtés du petit bassin et laisse libre le champ opératoire.... Je la saisis (la tumeur) avec les pinces de Péan et je dus la diminuer en suivant le procédé de morcellement de ce chirurgien.

La tumeur enlevée, je plaçai deux longues pinces sur les ligaments larges et terminai rapidement mon opération en enlevant chaque moitié de l'utérus. »

Cette technique, ainsi qu'on peut le voir, rappelle la manière de faire de M. Péan. S'en écartant complètement, M. Doyen nous indique un procédé original, plus rapide, aussi sûr, d'une exécution plus facile et supprimant complètement l'hémostase préventive.

C. — Procédé de Doyen. — La malade est purgée la veille de l'opération et on lui applique pendant 48 heures un pessaire Gariel afin de dilater le vagin. Cette dernière précaution n'est pas indispensable. La vulve est rasée, la cavité vaginale lavée au savon et au sublimé, la vessie vidée. Ces précautions, bien que nous ne l'ayons pas mentionné, sont communes à tous les opérateurs. La malade

(1) *Soc. de chir.*, t. XVII, p. 506.

est sur le dos, les jambes écartées et relevées, l'opérateur et son aide sont assis. Le col est fixé latéralement par deux pinces à griffes qui y resteront jusqu'à la fin de l'opération. L'abaissement étant aussi complet que possible, on incise, avec des ciseaux mousses, la muqueuse vaginale au pourtour du col. Le cul-de-sac postérieur est rapidement ouvert et l'index, vigoureusement porté de droite à gauche et de gauche à droite, agrandit l'ouverture et détache les adhérences s'il en existe.

La vessie et les uretères sont alors décollés avec les doigts et un écarteur introduit sous le pubis les isole de l'utérus. Les deux pinces du col étant attirées en bas, un coup de ciseaux sectionne, de bas en haut, sur la ligne médiane, la paroi antérieure du col; le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin est ouvert par le premier ou le second coup de ciseaux. L'ouverture en est agrandie avec les doigts ou des ciseaux agissant comme un instrument mousse, et la lèvre antérieure de la séreuse est chargée sur l'écarteur.

L'utérus est saisi à droite et à gauche, sur les lèvres de la section longitudinale, par deux nouvelles pinces à griffes et attiré en bas. Un nouveau coup de ciseaux prolonge la section, et deux autres pinces saisissent l'organe aussi haut que possible. Impossible de s'égarer, on a comme point de repère la face antérieure de l'utérus facilement reconnaissable au péritoine qui le recouvre. Les deux pinces immédiatement sous-jacentes sont enlevées pour être appliquées plus haut, et à chaque reprise des pinces la paroi antérieure de l'utérus s'infléchit et descend. La section est prolongée jusque sur le fond de la matrice, s'il le faut, pour en obtenir l'extraction.

Si, l'utérus étant friable, les pinces supérieures lâchaient prise, on ne courrait pas le risque de s'égarer, les deux pinces placées dès le début sur les côtés du col permettant toujours d'abaisser la matrice. Il est encore un petit artifice qui ne manque pas de valeur. La valve placée derrière le pubis gêne souvent la descente et l'inversion de l'utérus, il

est bon de la retirer de temps en temps, et on est surpris de voir combien la matrice descend chaque fois qu'on renouvelle cette manœuvre.

Le plus souvent, quand la vulve n'est pas trop étroite et l'utérus plus que doublé de volume, le renversement progressif s'obtient sans difficulté, et sans qu'il soit nécessaire de prolonger la section longitudinale très haut sur le corps utérin.

S'agit-il d'un utérus énorme, de fibromes multiples, le procédé ne diffère pas dans ses grandes lignes. L'utérus abaissé et les culs-de-sac péritonéaux largement ouverts, le col, tenu latéralement par ses deux pinces fixatrices, est incisé en long sur le milieu de sa face antérieure et saisi plus haut, sur les lèvres de la section, avec deux nouvelles pinces. On peut alors choisir entre deux méthodes : enlever de chaque côté de la section longitudinale des fragments de tissu aussi gros que possible, ou, ce qui est plus rapide, sectionner le corps de l'utérus en V, sur sa face antérieure, en ménageant les parties latérales de l'organe.

L'utérus est alors complètement sorti de la vulve, les trompes et les ovaires sont attirés dehors, les grandes pinces sont introduites presque verticalement de haut en bas et saisissent les ligaments larges en totalité au delà des annexes, il ne reste plus qu'à faire tomber l'utérus en deux coups de ciseaux, à essuyer le vagin et à y introduire une petite compresse aseptique pour établir le drainage et préserver les parties molles du contact des pinces.

Comme dans toutes les hystérectomies vaginales avec pinces, la malade ayant été reportée dans son lit, les anneaux des pinces sont soutenus par un épais coussin de ouate et la vulve est recouverte de ouate ou d'une compresse aseptique. L'opérée est sondée toutes les deux à trois heures si on n'a pas laissé une sonde à demeure.

M. Doyen se sert de pinces particulières à mors concaves et élastiques suivant leur longueur. Les extrémités libres de ces pinces sont en contact dès qu'on rapproche tant soit

peu les anneaux, la partie moyenne se resserre à mesure qu'on ferme la pince, et lorsqu'on a atteint le dernier cran de la crémaillère, les mors sont en contact sur toute leur longueur. Quelque parfaites que soient ces pinces, il peut leur arriver, comme à tous les instruments, de se casser alors qu'elles sont en place. Dernièrement, dans une hystérectomie vaginale, nous en avons eu une qui a éclaté vingt heures après l'opération. C'est pour obvier à ce desiderata et échapper sûrement à l'hémorrhagie que M. Doyen met une petite pince de soutien en dedans de la grande. Ces petites pinces peuvent être retirées au bout de vingt-quatre heures.

IV

Quel est celui des procédés qui doit être préféré ? Il est tout d'abord indispensable de les connaître tous, et, le cas échéant, de pouvoir les appliquer selon les particularités que présentera chaque opération. Selon son éducation chirurgicale et ses habitudes, chacun peut avoir des raisons personnelles pour préférer une technique à une autre, mais d'une manière générale, le procédé le plus facile et le plus rapide est incontestablement celui de M. Doyen. Ne faisant aucune hémostase préventive, le vagin est libre de toutes pinces et permet des manœuvres aisées. Le sang est épargné autant sinon plus que par les autres méthodes, aucun vaisseau important n'étant ouvert avant la pose des pinces définitives, et les tractions exercées sur le col faisant l'hémostase au cours de l'opération en changeant la direction des vaisseanx dont elles aplatissent le calibre. Nous pourrions nous étendre plus longuement sur ces considérations, calculer le nombre de pinces qu'il est nécessaire de laisser quarante-huit heures dans le vagin avec chaque procédé, et il n'est pas indifférent pour la femme d'en avoir quatre ou un plus grand nombre ; nous préférons conseiller, à ceux qui ne l'ont pas encore fait, d'employer la technique de M. Doyen ; c'est, croyons-nous, la plus sûre et la plus expéditive.

(A suivre.)

SUR
UN CAS D'ENTÉROCÈLE VAGINALE POSTÉRIEURE (1)

Par le Dr **A. Boursier**
Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de médecine.

Je désire entretenir la Société d'un cas de *hernie vaginale postérieure* qu'il m'a été donné d'observer dernièrement dans ma clientèle. Bien que l'histoire de cette variété particulière de hernie soit déjà assez complètement faite, les observations en sont assez rares pour mériter un certain intérêt :

Mme A..., âgée de cinquante ans, encore réglée, n'a eu qu'un seul enfant au commencement de son mariage, il y a environ trente ans. Petite et très grosse, elle se porte généralement bien ; cependant elle est obèse, très constipée, souffre de troubles digestifs assez variés et présente tous les signes fonctionnels d'une ptose intestinale totale. En outre, elle se plaint d'une chute de la paroi vaginale postérieure, reste d'un prolapsus génital qui a été traité chirurgicalement en 1890 par notre collègue M. Lefour, qui aurait pratiqué à Mme A... en une seule séance un curettage avec amputation du col, suivi d'une colporrhaphie antérieure et d'une colpo-périnéorrhaphie postérieure. Les résultats de cette correction opératoire n'ont pas été complètement satisfaisants. L'utérus est aujourd'hui en bonne situation et ne tombe plus, la paroi antérieure du vagin est bien maintenue, mais la paroi postérieure est, au dire de la malade, aussi procidente qu'avant l'opération. De plus, les phénomènes fonctionnels n'ont pas été amendés : les troubles digestifs sont aussi considérables qu'autrefois et la constipation toujours aussi opiniâtre.

A l'examen on constate que la vulve est béante, le périnée est mou et saillant. A la partie postérieure de la vulve apparaît, quand elle est debout, et plus encore quand elle est accroupie, une tumeur arrondie, assez volumineuse et formée par la paroi pos-

(1) Communication faite à la *Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux*.

térieure du vagin, refoulée en dehors. Cette tumeur se réduit complètement et spontanément dans la position couchée, et se reproduit dès que la malade se lève. A la palpation on s'aperçoit qu'elle est constituée, en outre de la paroi vaginale, par une rectocèle très nette et au-dessus par un paquet intestinal comprenant une ou plusieurs anses d'intestin grêle, faciles à distinguer entre les doigts. Cette hernie, parfaitement réductible par un simple taxis dans la position accroupie, ne contient pas d'épiploon. La réduction est très facile, mais elle ne se maintient pas, car il n'y a pas là de véritable anneau herniaire. La paroi vaginale a simplement cédé sous la pression continue et exagérée d'une masse intestinale mal soutenue.

C'est un exemple nettement caractérisé de hernie vaginale postérieure ou élytrocèle.

Cette variété de hernie est connue depuis longtemps. Elle a été signalée pour la première fois par Garengeot, qui en publia une observation en 1736. Quelques années plus tard, en 1768, Hoin, chirurgien de Dijon, dans un mémoire intitulé *Essai sur différentes hernies*, put en réunir treize observations à l'aide desquelles il trace de cette lésion et de ces accidents une très bonne description clinique. Plus tard, Astley Cooper a bien étudié les symptômes et a nettement indiqué son origine au cul-de-sac de Douglas ; enfin elle a été successivement étudiée par Rutter, Berard, Zukerkandl, et Berger en a fait en quelques pages une très complète histoire dans le *Traité dé Chirurgie*, de Duplay et Reclus.

Au point de vue anatomo-pathologique, l'entérocèle vaginale est presque toujours constituée par de l'intestin grêle et principalement par l'iléon. Une seule fois (cas de Lenet) elle contenait une partie de l'S iliaque, dans l'autre cas une partie du gros intestin. Enfin, d'ordinaire, comme cela existe dans notre observation, cette hernie ne contient pas d'épiploon. Elle a pour enveloppe la paroi vaginale postérieure et le feuillet péritonéal qui lui constitue un véritable bas herniaire. Son volume est extrêmement variable, parfois elle est entièrement contenue dans le vagin, d'autres fois elle

arrive à franchir l'anneau vulvaire et peut même se pédiculiser et descendre plus ou moins bas. Dans un cas de Gaillard Thomas, l'entérocèle vaginale descendait jusque vers le tiers supérieur de la cuisse.

Le mécanisme de la formation de ces hernies, qui se produisent par refoulement du cul-de-sac de Douglas, a été bien indiqué par Zukerkandl. Tantôt, en effet, comme dans notre cas, l'intestin descend en refoulant la paroi vaginale postérieure et arrive à la vulve. D'autres fois elle se produit en repoussant la paroi antérieure du rectum dont elle se coiffe pour sortir par l'aine. Dans le premier cas on a affaire à une *élytrocèle*, dans le second à une *hedrocèle*. Cette dernière forme est moins commune que la hernie vaginale et n'existe guère, à moins de prolapsus du rectum.

Le diagnostic de l'entérocèle vaginale postérieure est ordinairement facile, surtout quand la tumeur est réductible et exempte d'accidents. La rectocèle, qui pourrait se confondre avec elle, sera facilement reconnue par le toucher rectal qui permet au doigt de pénétrer dans la tumeur vaginale. Cependant il y a quelques cas connus d'erreurs qui se produisent surtout lorsque la hernie est le siège d'accidents. Néanmoins, dans un cas, Emmet a confondu une hernie vaginale avec un abcès réductible du vagin. Dans une observation de Michelson et Lukin (1879), elle fut prise pour un polype utérin et excisée. On enleva ainsi 24 centimètres d'épiploon et 10 centimètres du côlon transverse. La malade mourut de péritonite. Dans l'observation de Gairinan (1744) le chirurgien incisa une élytrocèle croyant avoir affaire à un abcès. L'incision donna issue à une partie importante du gros intestin qui s'étrangla et la malade succomba. Enfin, en 1837, Pétroniti, dans un cas de hernie vaginale étranglée, crut, lui aussi, à un abcès vaginal; l'incision de la tumeur livra passage à une masse d'épiploon gangrené.

Le pronostic de cette maladie est assez grave. En outre de l'étranglement et des accidents ordinaires des hernies, auxquels elle peut être sujette au même titre que les autres

entérocèles, elle est surtout sérieuse parce qu'elle est très difficile à guérir, et dans la plupart des cas reste incurable. Mais en outre elle peut, chez une femme jeune, être une cause particulière de dystocie. Ainsi, Smelli a été une fois forcé de réduire une hernie de cette nature pour permettre à la tête de s'engager, et M. Gattai, en 1881, fut obligé d'agir de même en présence des mêmes difficultés.

Le traitement de cette hernie sera ordinairement palliatif. Garengeot, Hoin, Arnaud avaient réussi au siècle dernier au moyen de pessaires *en bondon*. Mais ce pessaire volumineux est dur et difficile à supporter ; d'un autre côté, la contention de cette hernie est très difficile parce qu'il n'y a pas de véritable anneau herniaire et qu'il s'agit plutôt d'une éventration que d'une hernie. Aussi pour essayer d'y réussir nous avons fait construire pour notre malade, par notre collègue Gendron, un pessaire à air, un peu dans le genre du ballon de Champetier de Ribes, mais de forme asymétrique, de manière à pouvoir se gonfler surtout par une de ses faces que l'on fera correspondre avec la face postérieure du vagin et avec le cul-de-sac de Douglas. Nous ne savons pas encore quel résultat nous donnera cet appareil.

D'ailleurs, chez notre malade, il ne saurait être question de cure radicale, car elle ne veut plus entendre parler d'opérations. Dans le *Traité de Chirurgie*, le professeur Berger se montre très partisan de la cure radicale, en s'appuyant principalement sur les difficultés de la contention ; seulement il ne nous donne aucun renseignement sur le procédé opératoire qu'il conviendrait d'employer dans cette circonstance. Dans un cas de hernie très volumineuse, on pourrait imiter la conduite de Gaillard Thomas, qui, après avoir réduit la hernie, retourna le sac en doigt de gant vers la cavité péritonéale, puis, à la faveur d'une laparotomie, alla chercher le sac invaginé dans l'abdomen et le fixa aux lèvres de l'incision abdominale. Il est évident que le procédé n'est applicable ni aux petites, ni même aux moyennes hernies. Que faire alors ? Faudrait-il aller, après avoir réduit la hernie,

suturer ensemble les deux ligaments utéro-sacrés pour oblitérer le cul-de-sac de Douglas ? L'auteur ne nous le dit pas. En tous cas, quel que soit le procédé, il faudrait toujours arriver à trouver un moyen de supprimer « l'amorce que la dilatation du cul-de-sac de Douglas constitue pour la reproduction d'une hernie ».

NOUVELLE NOTE SUR LA PHOTOGRAPHIE INTRA-UTÉRINE PAR LES RAYONS X (1)

Par MM. **H. Varnier, James Chappuis, Chauvel** et **Funck-Brentano.**

Dans notre première note du 10 mars dernier nous annoncions l'exposé complémentaire des résultats obtenus par l'application des rayons X : 1° à un utérus gravide de la seconde moitié de la grossesse; 2° à des utérus gravides de six, sept et huit mois *in situ*, conservés dans l'alcool.

La seconde question qui se pose (après celle de la perméabilité de la paroi utérine gravide, doublée du placenta, que nous considérons comme résolue) est en effet celle-ci :

Les sources de rayons X dont nous disposons actuellement peuvent-elles percer, en donnant des images nettes sur les plaques sensibles couramment employées, *l'utérus à terme* dont l'épaisseur maxima est en moyenne de 14 centimètres. On sait, Röntgen l'a prouvé, qu'en augmentant l'épaisseur on augmente la résistance offerte aux rayons par tous les corps.

Nous avons expérimenté sur la pièce que nous présentons à l'Académie. C'est un *utérus gravide de 24 centimètres de haut et de 14 centimètres d'épaisseur,* extirpé en novembre dernier, à la Clinique Baudelocque, sur le cadavre d'une femme morte d'éclampsie. Le fœtus avait succombé une heure avant la mort de la mère.

L'épreuve photographique que nous communiquons, et que

(1) Note présentée à l'*Académie de médecine*, par M. le professeur Pinard. Séance du 24 mars 1896.

nous considérons comme un minimum (1), montre que la

---

(1) Nous n'avons pas, dans notre note à l'Académie, donné la description du cliché présenté parce que nous le considérions comme un minimum. Nous avons depuis obtenu beaucoup mieux, et voici ce que nous montre l'épreuve du dernier cliché.

Le fœtus a la tête en bas, le dos à droite et en avant. La tête, dont on voit nettement le contour, est fléchie sur le sternum, inclinée sur l'épaule droite ; la face regarde à gauche et en arrière. Cette tête est assez détaillée pour qu'on puisse reconnaître l'os malaire et l'apophyse zygomatique, le maxillaire inférieur, les cavités orbitaires et, à travers les os de la voûte, quelques portions du squelette de la base, l'articulation vertébrale.

On suit la colonne vertébrale depuis les dernières cervicales jusqu'à la pointe du coccyx ; les côtes droites sont bien découpées ; on distingue dans la profondeur la silhouette plus pâle des côtes gauches. Les pièces pubiennes, ischiatiques, iliaques du bassin sont nettement séparées.

L'omoplate, l'humérus, le radius et le cubitus, les quatre derniers métacarpiens, les os des doigts du membre thoracique droit sont remarquablement détachés sur la demi-teint du tronc ; ce membre est dans la demi-flexion, l'avant-bras et la main en pronation ; le poignet touche le menton. On voit même la silhouette des parties molles de la moitié inférieure de l'avant-bras et de la main.

Du membre pelvien droit, fléchi moyennement, on suit le fémur, le tibia et le péroné, le calcanéum tandis que les os du pied porté vers la droite (les pieds sont croisés) s'estompent dans la profondeur. L'avant-bras droit repose sur le genou dont la silhouette des parties molles accuse le contour ainsi que celui de le partie antérieure de la jambe dans ses deux tiers supérieurs.

Du membre pelvien gauche, plus fléchi et en adduction, on voit bien tous les segments y compris le pied qui, fléchi au maximum sur la jambe se présentait à la plaque par sa face plantaire.

On devine dans le lointain l'humérus gauche, le coude (à travers le genou correspondant) l'avant-bras de profil très fléchi et portant vers le frontal gauche la main étendue dont on reconnaît les métacarpiens.

Nous tenons nos clichés et nos épreuves à la disposition de ceux de nos collègues que cette question intéresse. Les essais de reproduction que nous avons fait faire, et dont nos lecteurs ont vu un échantillon dans le numéro précédent, ne nous paraissant pas rendre suffisamment compte du résultat, nous voulons attendre que le graveur puisse nous donner mieux. Quant à la pièce qui a servi à l'expérience, elle est restée telle qu'elle. Nous n'avons pas voulu l'ouvrir pour contrôler notre description car elle doit servir à des vérifications ultérieures de la puissance de la source X employée. Les diffé-

résistance d'un utérus ayant, à 2 centimètres près, l'épaisseur d'un utérus à terme, est moindre aux rayons X dont nous disposons aujourd'hui que ne l'était celle de l'utérus de trois mois et demi aux rayons dont nous disposions il y a trois semaines. Il est donc permis d'espérer que la puissance de ces rayons sera suffisante pour triompher du surcroît d'épaisseur et de résistance apporté par les quelques centimètres de paroi abdominale doublant l'utérus *in situ*.

Reste à élucider, avant d'aborder l'expérimentation sur le vif (expérimentation qui présentera des difficultés d'autre nature), une troisième question.

En admettant que nous arrivions à traverser le tronc d'une femme enceinte et près du terme, n'est-il pas à craindre que l'opacité du squelette pelvi-vertébral de la mère empêche d'obtenir la silhouette du fœtus ou mieux du squelette fœtal ?

Pour résoudre cette dernière question préjudicielle, d'où dépend en grande partie la solution finale, nous avons commencé par soumettre à l'action des rayons X, immédiatement après la mort, une cobaye arrivée à une période avancée de la gestation et ayant 9 centimètres de diamètre dorso-ventral. L'animal en expérience reposait directement, par son plan dorsal, sur une plaque sensible ordinaire. Cette attitude réduit à son minimum la projection du cône de pénétration vertébrale.

Les épreuves du cliché ainsi obtenues, épreuves présentées à l'Académie, montrent :

1° Que *quant à la portion abdominale de l'utérus*, l'ombre relativement étroite portée par la colonne vertébrale de la mère ne saurait empêcher d'obtenir, avec une netteté suffisante, la projection des squelettes fœtaux sur la plaque sensible;

2° Que la ceinture pelvienne elle-même ne semble pas devoir former un écran imperméable empêchant l'exploration du *segment pelvien de l'utérus*.

---

rentes épreuves que nous possédons, permettent de penser qu'à l'ouverture de cet utérus nous trouverons une fille.

On voit nettement sur l'épreuve, outre la silhouette générale des deux tiers postérieurs de l'animal en expérience, les cinq dernières côtes, la partie inférieure de la colonne dorsale, la colonne lombaire, le sacrum, le coccyx, les os iliaques et le squelette des membres pelviens.

Les détails du squelette pelvien, tels que les trous sacrés, le trou obturateur, les échancrures sciatiques, les surfaces articulaires sacro-iliaques, etc., sont visibles; dans la profondeur on devine l'arc antérieur du pelvis.

Dans le flanc gauche, tout contre la paroi postéro-latérale, on reconnaît sans peine un fœtus, tête en bas fléchie, occiput touchant la paroi latérale, face tournée vers le plan médian; on suit la colonne vertébrale contournée en S italique; les côtes, les membres thoraciques et pelviens.

Ces derniers sont imbriqués avec des silhouettes plus pâles, et par conséquent répondant à un plan plus antérieur, qui semblent être les membres pelviens d'un second fœtus dont on aperçoit bien la tête très fléchie, occiput en bas, et les membres thoraciques. Ces deux fœtus sont parallèlement disposés et se regardent par le ventre; le postérieur sur un plan plus élevé que l'antérieur.

Dans le flanc droit on voit, collé contre la paroi postéro-latérale, l'arrière-train d'un troisième fœtus; on distingue, outre les os pelviens, les membres postérieurs croisés, la partie postérieure de la colonne vertébrale qu'on voit se fléchir fortement à partir de la région dorsale. On ne distingue ni la tête ni les membres thoraciques qui sont probablement sur un plan beaucoup plus antérieur.

Enfin, et c'est là le point capital, *dans le bassin* et se détachant assez bien à travers les échancrures de la ceinture pelvienne, on voit, reposant sur l'arc pelvien, la tête engagée et défléchie d'un quatrième fœtus ayant l'occiput à gauche et la face à droite. On devine le tronc correspondant, très antérieur, montant presque verticalement, et dont la silhouette se dessine vaguement de chaque côté de la colonne lombaire.

L'autopsie nous a montré que les fœtus, au nombre de 4,

occupaient bien la situation qui leur avait été assignée au seul examen de l'épreuve photographique.

Nous avons actuellement en expérience une lapine et une chienne.

L'application des rayons X que nous allons faire maintenant à des utérus gravides de six, sept et huit mois, in situ, permettra de résoudre à la fois, et complètement pour ce qui est du cadavre de la femme enceinte, les deux questions : épaisseur du tronc et opacité du squelette maternel (1).

Nous ferons remarquer, en terminant, que les expériences que nous venons d'exposer, faites sur la cobaye immédiatement après la mort, prouvent que les tissus frais se laissent mieux traverser par les rayons X que les tissus conservés dans l'alcool; et que, par suite, les conclusions auxquelles nous ont conduit nos recherches cadavériques sont de tous points applicables aux tissus vivants.

Il s'agira ensuite de savoir si les mouvements actifs du fœtus, et surtout les mouvements respiratoires de la mère, ne créeront pas à la photographie intra-utérine *in vivo* des difficultés insurmontables.

Nous avons dès maintenant des raisons de penser que ces difficultés ne sont pas aussi grandes qu'on l'a cru a priori.

Nous avons, en effet, soumis à l'action des rayons X une

---

(1) Des expériences postérieures à cette note, expériences dont nous avons montré les premiers résultats aux professeurs Fochier de Lyon et Herrgott de Nancy, à nos collègues Lepage, Potocki, Wallich et Bouffe, au Dr Bossi de Gênes, Fabre de Lyon, etc., prouvent : 1° que l'on peut obtenir dès maintenant, à l'aide des rayons X, la silhouette *détaillée* du bassin et de la colonne vertébrale à travers les parties molles contenues et contenantes ; 2° que l'on peut, de cette façon, faire le diagnostic de la symétrie ou de l'asymétrie pelvienne, etc. ; 3° que la ceinture pelvienne ne formera pas un écran imperméable empêchant l'exploration du segment pelvien de l'utérus ; 4° que quant à la portion abdominale de l'utérus l'ombre relativement étroite (6 centimètres), portée par la colonne vertébrale, ne saurait empêcher d'obtenir, avec une netteté suffisante la projection du squelette fœtal sur la plaque sensible. Ces expériences préliminaires de *pelvigraphie par les rayons X* ont été faites sur le cadavre d'une femme morte d'obstruction intestinale neuf jours après l'accouchement.

cobaye chloroformée qui a respiré durant les deux tiers de l'expérience, et à maintes reprises d'une façon convulsive; de plus, on percevait très bien jusqu'à la fin les mouvements des fœtus. Néanmoins l'épreuve obtenue est assez nette pour qu'on puisse y reconnaître tout ce qu'a pu montrer une seconde photographie post-mortem. Nous voulons nous borner aujourd'hui à cette simple constatation.

VARIÉTÉ DE RÉTENTION D'URINE DANS LA RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS GRAVIDE PAR RENVERSEMENT DE LA VESSIE DANS LE CUL-DE-SAC DE DOUGLAS

Par **A. Lathuraz-Viollet**
Interne des hôpitaux de Lyon.

Ce qui nous a engagé à publier la présente observation, c'est bien moins la coexistence de la rétention d'urine et de la rétroversion de l'utérus gravide, deux phénomènes généralement connexes, que la constatation, chez notre malade, d'une forme assez insolite de distension vésicale. La vessie, dans le cas observé par M. le professeur Laroyenne et que nous relatons ici, a la forme d'un sablier dont l'étranglement correspond au col utérin, elle est divisée en deux réservoirs un antérieur pré-utérin, l'autre prolabé en arrière de l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas et perceptible sous forme d'une saillie fluctuante au fond du cul-de-sac vaginal postérieur.

Notre maître, M. le professeur Laroyenne, qui a bien voulu nous autoriser à publier cette observation, a eu, depuis longtemps, l'attention attirée sur des cas de ce genre; il estime qu'ils doivent commander des indications spéciales au point de vue du traitement et particulièrement au point de vue du cathétérisme vésical. Voici d'ailleurs l'histoire de notre malade :

Marie B..., âgée de 36 ans, née à Colombes (Isère), entre le

25 mars 1895, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Laroyenne, salle Ste-Thérèse, nº 4.

Indemne de tout antécédent pathologique, cette femme a quatre enfants vivants et en bonne santé. Tous ses accouchements ont eu une marche normale. Jamais de fausse couche. A son entrée dans le service, la malade dit qu'elle se croit enceinte et fait remonter à la fin de décembre 1894 la dernière apparition de ses règles. Cette fois, les malaises qui avaient caractérisé les grossesses antérieures (nausées, troubles digestifs, perversion de l'appétit) ont été fort peu accusés : la malade a simplement, comme les précédentes fois, un dégoût prononcé pour le vin. Il y a un mois, à la suite de quelques troubles gastro-intestinaux, qu'elle met sur le compte d'une indigestion, elle vomit à deux reprises et son *ventre, plat jusqu'alors, grossit subitement*, en même temps qu'apparaissaient des troubles de la miction (rétention d'urine et fausse incontinence).

Huit jours après le début de ses accidents, c'est-à-dire il y a trois semaines, elle présenta de l'œdème des membres inférieurs à marche progressivement ascendante, qui, parti des extrémités, gagna les jambes, les cuisses et actuellement a atteint la région vulvaire.

L'examen de cette malade permet de constater les faits suivants : Le ventre est beaucoup plus volumineux que ne le comporte la période présumée de la grossesse, calculée d'après la date de la dernière apparition des règles. A la palpation abdominale, on délimite assez nettement une tumeur ovoïde globuleuse, absolument mate, remontant à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic. Cette saillie abdominale est due à la vessie, et diminue au fur et à mesure de l'évacuation de l'urine par cathétérisme. Le réservoir urinaire est très agrandi dans le sens vertical : on peut y faire pénétrer jusqu'au manche et sans en toucher le fond, un hystéromètre à tige métallique longue de 20 centimètres. La sonde de femme, d'introduction d'ailleurs facile (le méat est aisément accessible) est impuissante à vider cette vessie. Il y a plus : même en employant une longue sonde en gomme, on ne réalise qu'un cathéthérisme incomplet. Pour assurer la totale évacuation de l'urine, il faut, comme le montre M. Laroyenne et ainsi que nous y reviendrons tout à l'heure, combiner au cathétérisme le toucher vaginal et *presser avec les doigts sur les culs-de-sac*

vaginaux latéraux et postérieurs. On retire ainsi près de trois litres d'une urine claire ne renfermant ni albumine, ni sucre.

Le col est extrêmement élevé, situé bien au-dessus du bord supérieur de la symphyse et dévié à droite, il est difficilement accessible et on ne peut dire avec certitude s'il présente ou non du ramollissement. Le cul-de sac vaginal postérieur est tendu, bombé. Par le toucher rectal, on perçoit à 7 centimètres environ au-dessus du sphincter externe de l'anus, une tumeur fluctuante antérieure au rectum. La cloison recto-vaginale est épaissie et œdématiée ; la vulve et les grandes lèvres sont également infiltrées.

L'état général est bon ; la température est normale ; il n'existe aucune réaction péritonéale et la malade ne souffre pas. Elle demande seulement à être débarrassée du pénible symptôme incontinence : en effet, elle ne parvient pas, même aux prix d'efforts fréquemment répétés, à vider complètement sa vessie.

En présence de cette rétention d'urine, de forme bien spéciale et d'étiologie non moins caractéristique, M. le professeur Laroyenne adopta la ligne de conduite suivante. Il s'attacha, de prime abord, à assurer la fréquente et parfaite évacuation de la vessie. La malade, maintenue au lit dans le décubitus horizontal permanent, fut sondée aseptiquement toutes les trois heures. A chaque fois, le cathétérisme vésical fut complété par des pressions digitales exercées sur la vessie à travers les parois vaginales, principalement en arrière. Après le quatrième cathétérisme M. Laroyenne tenta la réduction de la rétroversion, à l'aide d'un pessaire métallique de Hodge, à arc postérieur très large et recouvert de caoutchouc qu'il plaça au fond du cul-de-sac vaginal postérieur. Cette intervention eut plein succès. L'utérus fut replacé dans sa position normale. La vessie se vida dès lors régulièrement. La tumeur abdominale disparut, et, fait important, le souffle utérin qu'on n'avait pu entendre jusqu'alors devint nettement perceptible à l'auscultation. Le pessaire fut enlevé au bout de cinq jours et, une semaine après, la malade, dont la grossesse suivait son cours, quittait le service, urinant d'une façon absolument satisfaisante. Indépendamment de cette *restitutio ad integrum* des fonctions vésicales, l'œdème des membres inférieurs et de la vulve diminua très rapidement et il n'y eut bientôt plus aucun symptôme de stase veineuse. Notons, pour être

complet, qu'il y eut, au moment de l'introduction du pessaire, une hémorrhagie très légère, due propablement à quelques exulcérations du vagin ou du col, déterminées par l'application de l'anneau de Hodge, mais la malade, très attentivement observée à ce point de vue, n'a jamais présenté de menace d'avortement. Cette femme nous a donné récemment de ses nouvelles (février 1896). Sa grossesse s'est poursuivie sans aucun incident jusqu'à son terme normal, et en septembre 1895, elle a accouché d'une petite fille actuellement vivante et bien portante. La malade déclare d'une façon très catégorique que depuis sa sortie de l'hôpital, elle n'a présenté aucun trouble de la miction ; les fonctions de la vessie se sont toujours effectuées régulièrement. Le résultat thérapeutique s'est donc maintenu d'une façon absolument définitive.

A côté de cette observation si concluante, nous croyons devoir en rapporter sommairement une autre, tirée également du service de M. le professeur Laroyenne. Il s'agit dans ce cas d'un fibrome utérin avec rétention d'urine concomitante, et prolapsus d'un prolongement vésical dans le cul-de-sac postérieur.

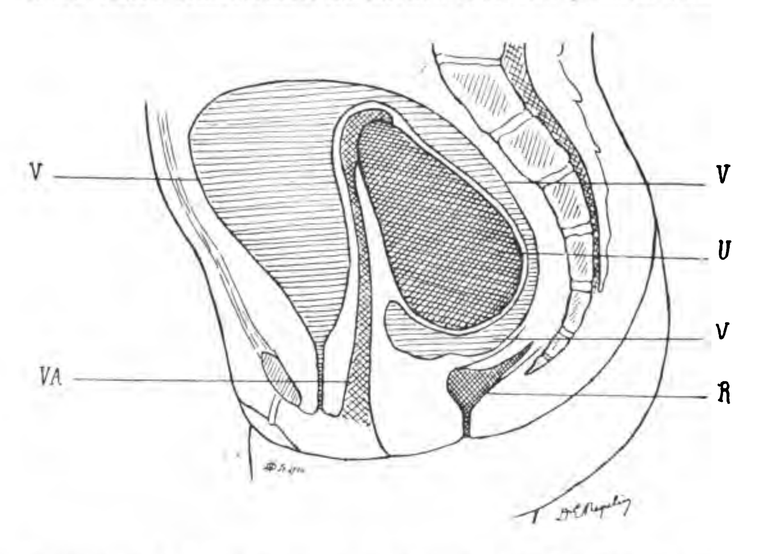
Annette B..., 60 ans, ménagère, née à Chazay-d'Azergues (Rhône), entre à la clinique gynécologique le 15 mai 1894 (observation recueillie par notre collègue et ami M. Bonnet).

Bonne santé habituelle. Réglée à 16 ans, toujours régulièrement. Ménopause depuis quatre à cinq ans. Depuis un an, malaises, douleurs même, dans le bas-ventre ; il y a huit jours, brusquement la malade fut prise de rétention d'urine, et réduite à ne pouvoir uriner autrement que dans le décubitus horizontal.

L'examen de la malade, pratiqué à son entrée dans le service, permet de constater que la vessie est distendue jusqu'à l'ombilic, et par le toucher, on note dans le cul-de-sac vaginal postérieur une saillie molle, fluctuante. La fluctuation est transmise à travers la paroi abdominale dans la région correspondant à la vessie. Par le cathétérisme utérin, on constate que la cavité utérine est agrandie, et le toucher combiné à la palpation abdominale, révèle la présence d'un fibrome. La malade n'a pas d'hémorrhagies, pas d'altérations de l'état général.

Pas de troubles de la défécation.

M. Laroyenne applique un anneau de Hodge, qui détermine une amélioration considérable. La miction redevient possible comme



auparavant. La vessie demeure toujours accessible par le cul-de-sac postérieur.

Telles sont les deux observations, qui nous permettent, au double point de vue clinique et thérapeutique, d'affirmer l'existence, dans certain cas de rétroversion de l'utérus, gravide ou non, de ce prolapsus vésical rétro-utérin. M. le professeur Laroyenne, dans les cas précités, est absolument convaincu de la réalité de cette disposition anatomique que nous avons signalée au début de cet article, et il a pratiqué, il y a plusieurs années, une autopsie de femme gravide absolument probante à cet égard. La vessie coiffait l'utérus, et par son prolongement postérieur, s'insinuait entre l'utérus et le rectum, rattachée à ce dernier ainsi qu'au sacrum par des adhérences qui rendaient cette position vicieuse définitive.

Si nous avons tenu à faire figurer ici la seconde de nos observations, c'est pour montrer que le prolapsus vésical

rétro-utérin peut s'observer dans tous les cas d'augmentation de volume de l'utérus, qu'il s'agisse d'hypertrophie physiologique (grossesse) ou d'une tumeur quelconque (fibrome). Nous ne nous occuperons pas de la pathogénie de la rétention d'urine dans les fibromes : nous nous bornerons à étudier le symptôme chez la femme gravide, et à l'envisager dans ses rapports spéciaux de connexité avec la rétroversion utérine.

Un premier point demande à être précisé. S'agit-il, dans notre cas, de rétroversion utérine ou de rétroflexion ? A. Martin (1), qui consacre un chapître intéressant de son ouvrage à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravide, croit cette distinction plus théorique que pratique, ces deux états ne diffèrent l'un de l'autre que par des nuances et donnent lieu à peu près aux mêmes symptômes (2). Gallois (3) pense qu'il s'agit le plus souvent de rétroflexion, en s'autorisant de cette constatation clinique que en général, l'orifice du col est resté nettement accessible quoique très haut situé derrière le pubis ou même au-dessus. Bien que la distinction entre la rétroversion et la rétroflexion n'ait dans le cas particulier, qu'un intérêt relatif, nous pensions que, dans notre observation, il s'agissait de rétroversion. Le col, en effet, était à peu près inaccessible. D'autre part, si on se reporte aux schémas de Barnes, concernant la direction de l'utérus aux diverses périodes de la grossesse, on voit, qu'aux troisième et quatrième mois, l'axe normal de l'utérus a une direction antéro-postérieure et une situation sensiblement horizontale : il est nettement perpendiculaire à celui du vagin. Le pôle supérieur de l'utérus, dans le cas qui nous occupe, avait donc décrit un arc de cercle de plus de 180 degrés, dans le plan vertico-médian antéro-postérieur, puisqu'il se trouvait situé dans le cul-de-sac de Douglas. Nous avions donc affaire à une

(1) A. Martin. *Traité des maladies des femmes.*

(2) Olshausen (*Zeitschr. f. Geburtsch. u. Gynäk.*, XXXII) dit que chez les multipares, la version de l'utérus est bien plus accentuée que la flexion.

(3) Gallois. *Journal des Sages-Femmes*, n° 20, 1893.

rétroversion bien plus qu'à une rétroflexion. Quelle a été, chez notre malade, l'étiologie de cette rétroversion ? Bien que, d'après A. Martin, la rétroflexion de l'utérus gravide résulte très souvent d'une fécondation s'effectuant dans un utérus déjà rétrofléchi, nous ne croyons pas que dans le cas actuel on puisse invoquer une semblable pathogénie. La malade était multipare, il est vrai, mais elle ne présentait aucun symptôme de déviation utérine ou de prolapsus, et les réponses qu'elles nous a faites sont formelles à cet égard. Toutefois, et en l'absence de tout examen gynécologique pratiqué antérieurement à la grossesse actuelle, nous ne pouvons avoir à ce sujet que de fortes présomptions et non une certitude absolue. Nous admettrons donc comme très probable que la rétroversion s'est montrée chez notre malade au cours de cette dernière grossesse : elle a apparu brusquement, sous quelle influence ? Faut-il, comme Dubois, Deuman, Jacquemier, Ramsbotham, incriminer exclusivement la rétention d'urine ? C'est possible, cependant cette manière de voir nous semble trop absolue, et l'état gastrique spécial *avec vomissements*, présenté par la malade il y a un mois, a bien pu jouer un certain rôle dans l'étiologie de cette rétroversion.

Le mécanisme producteur de cette déviation importe peu d'ailleurs. Ce que nous voulons mettre en relief, c'est la disposition spéciale de la vessie dans ce cas particulier, disposition sur laquelle M. le professeur Laroyenne insiste beaucoup et qui a été schématisée dans le dessin annexé à l'observation (1). La vessie a la forme d'un sablier dont la portion étranglée répond au col utérin, et dont les deux portions renflées se trouvent, l'une au-devant de l'utérus, l'autre en arrière de lui. Cette seconde moitié descend très bas,

(1) Pour répondre d'avance aux objections qu'on pourrait nous faire au nom de l'anatomie, nous nous hâtons de dire que le dessin n'a pas la prétention de reproduire avec exactitude et fidélité, les rapports véritables de l'utérus rétroversé avec les organes voisins. C'est un simple schéma, rien de plus.

comme on peut s'en rendre compte et vient faire saillie dans le cul-de-sac vaginal postérieur, au niveau de la région la plus déclive du cul-de-sac de Douglas. Il est à peu près impossible de faire pénétrer une sonde, même flexible, dans cet infundibulum vésical; il est pourtant de la plus haute importance de le vider, car, tant qu'il contient de l'urine, il forme tumeur, appuie sur le fond de l'utérus pour exagérer la rétroversion et rend inutiles toutes les tentatives de réduction manuelle ou instrumentale.

Barnes, Martin, Pozzi, etc., accordent à la rétention d'urine une large place dans la symptomatologie de la rétroflexion de l'utérus gravide; ils insistent sur l'importance des cathétérismes vésicaux fréquemment renouvelés, mais aucun ne mentionne cette disposition spéciale qui determine un véritable étranglement biloculaire de la vessie. A. Martin, il est vrai, signale l'extrême difficulté du cathétérisme, sur les changements de position de l'urèthre, allongé et déplacé latéralement par suite du refoulement en haut de la vessie distendue. Pour sonder la femme, il recommande, de préférence à la sonde ordinaire ou à la sonde en gomme, la sonde métallique pour homme, plus susceptible de franchir l'obstacle, mais il ne va pas plus loin, et ne paraît pas avoir observé le prolapsus de la vessie en arrière de l'utérus. L'existence du prolongement vésical rétro-utérin est évidemment d'observation peu courante au moins au point de vue anatomo-pathologique: il n'est pas fait mention de cette disposition dans les divers traités d'anatomie topographique et d'anatomie pathologique que nous avons pu consulter. Nous ne trouvons également aucun détail à ce sujet dans les revues et comptes rendus des sociétés de gynécologie : les récentes observations publiées par Read, Gersnell en Angleterre, Kemmerström, Engström, Heideken en Suède, ne contiennent aucun renseignement au point de vue spécial qui nous occupe.

Chez notre malade, le diagnostic de grossesse s'imposait, au moins d'après les signes rationnels dont le plus important

était la suspension des règles depuis trois mois. Mais la rétroversion utérine avait déterminé une série de symptômes longuement énumérés plus haut, et attribuables les uns (volume du ventre) à la distension vésicale, les autres (œdème des membres inférieurs) à l'enclavement utérin.

Tous ces phénomènes surajoutés, capables d'égarer le diagnostic, ont trouvé d'ailleurs, la rétention d'urine une fois dûment constatée, leur explication naturelle et ont disparu rapidement aussitôt qu'un traitement rationnel eut été institué.

La constatation du souffle utérin, après reposition de la matrice dans sa position normale, a fortifié les présomptions qu'on avait au sujet d'une grossesse. Comme le fait remarquer M. le professeur Laroyenne, il y a grand intérêt, chez toute femme supposée enceinte et n'urinant pas normalement, à pratiquer le cathétérisme vésical, non seulement évacuateur, mais encore et surtout explorateur ; le cathétérisme sera complété par le toucher vaginal. L'attention devra toujours être attirée sur la possibilité d'un prolongement plus ou moins anormal du réservoir urinaire.

Cet examen permettra parfois de reconnaître une rétroversion qui ne se manifeste par aucun autre symptôme, et qui peut, en modifiant la statique des organes du petit bassin, en augmentant le volume du ventre, en déterminant du côté du cul-de-sac de Douglas la production d'une tumeur plus ou moins fluctuante, en donnant lieu à de l'œdème des membres inférieurs, conduire à de regrettables erreurs de diagnostic.

Le traitement des rétroversions de l'utérus gravide comporte un premier temps d'une grande importance : c'est le cathétérisme de la vessie. Il est parfois difficile de trouver le méat urinaire, mais les cas rapportés par Gallois, où l'impossibilité de découvrir le méat a conduit à pratiquer la ponction, doivent être bien rares. Le cathétérisme sera pratiqué avec toute asepsie désirable pour éviter l'infection facilement réalisable d'une vessie dilatée, pathologique jusqu'à

un certain point. La sonde de femme, comme nous croyons l'avoir démontré, *est absolument insuffisante ;* on la remplacera par une longue sonde en gomme. La sonde métallique à grande courbure, préconisée par Martin, présente l'inconvénient de traumatiser l'urèthre. En prévision d'un prolongement anormal de la vessie, le toucher vaginal sera pratiqué simultanément et on explorera complètement les culs-de-sac, surtout en arrière.

Ceci fait, il faut réduire la rétroversion qui peut être mobile ou adhérente.

Nous n'insisterons pas sur le traitement de cette dernière variété; d'ailleurs, toute rétroversion se produisant plus ou moins brusquement au cours de la grossesse (troisième ou quatriéme mois) est presque forcément une rétroversion non adhérente.

Trois modes de réduction ont été proposés ; le plus simple de tous, qui a donné des succès à Besnier (1), Engström (2), consiste dans le repos au lit prolongé, avec cathétérismes fréquents. Cette conduite thérapeutique est parfaitement rationnelle, mais elle risque, dans bien des cas, de demeurer inefficace, et il ne faut pas trop y compter. La réduction manuelle a été employée par Hartmann, Heideken, etc. On la pratique généralement par la voie vaginale, un chirurgien suédois, Kimmerström, dans un cas d'incarcération utérine, a réussi à réduire la rétroversion par le rectum, dans la position génu-pectorale.

Quant aux divers anneaux et pessaires, dont le plus simple est celui de Hodge, on les emploie soit pour maintenir la

(1) Besnier. *France médicale*, 29 juin 1894.

(2) Engstrom. Voici l'observation en résumé. IIpare; déjà, avant la dernière grossesse, l'utérus était rétrofléchi et fixé à la paroi postérieure du bassin. Dans le troisième mois de la grossesse, on essaya à plusieurs reprises de remettre l'utérus en bonne position, mais sans succès. Plus tard, au quatrième mois, l'utérus reprit sa position normale après séjour de la malade au lit. La grossesse évolua jusqu'à terme sans incident. *Finska låkaresallsk handlung*, 1893. Helsingfors.

réduction, soit, comme dans notre cas, pour l'obtenir. D'ailleurs, nous n'insisterons pas sur ce point du modus faciendi de M. le professeur Laroyenne, qui a récemment été exposé avec détails par un de ses élèves, M. le Dr Levrat (1). Nous avons simplement voulu signaler une variété bien spéciale de rétention d'urine, montrer l'insuffisance absolue du seul cathétérisme impuissant à vider le prolongement postérieur de la vessie. L'évacuation totale de la vessie ne peut être réalisée que par des pressions exercées à l'aide des doigts introduits dans le vagin ; indépendamment de son utilité directe, cette manœuvre constitue un temps préparatoire important des procédés ultérieurs de réduction.

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE

(Suite et fin.) (2).

Leçon faite par le Dr **G. Lepage**, suppléant le Dr **P. Bar**, à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis.

Obs. 5. — **866**. — La nommée M. L..., âgée de 23 ans, entre à la salle de travail, le 3 octobre, à 8 heures du matin. Elle est depuis près de trois semaines dans le service.

Rien de particulier dans les *antécédents héréditaires*.

Antécédents personnels. — La malade, née à terme, a été élevée au sein ; elle n'a marché seule qu'à l'âge de 5 ans. De 3 à 5 ans, elle était obligée de se servir de béquilles pour marcher.

Premier accouchement le 28 février 1893. Extraction avec le forceps d'un enfant du sexe masculin, mort pendant le travail.

Deuxième accouchement le 29 mars 1894. Extraction avec le forceps d'un enfant mort pendant le travail.

A chacun de ces accouchements, la femme est restée plusieurs jours en travail.

Grossesse actuelle. — Dernières règles, 20 janvier 1895. La malade se plaint d'avoir éprouvé pendant cette grossesse, comme

---

(1) Levrat. D'un mode de réduction de l'utérus gravide en rétroversion, complétée par l'application d'un pessaire approprié. *Archives de tocologie*, 1893.

(2) *Annales de gyn. et d'obst.*, mars 1896, 198.

pendant les précédentes, des douleurs au niveau de la partie inférieure du ventre et au niveau des membres inférieurs. La jambe droite est couverte de varices qui obligent cette femme à garder le lit assez souvent, même quand elle n'est pas enceinte. Léger raccourcissement du membre inférieur gauche. La colonne vertébrale présente deux courbures anormales : la courbure supérieure à concavité gauche siège entre les deux omoplates. La courbure inférieure à concavité droite commence au-dessous d'une ligne horizontale passant par les omoplates et mesure 10 centimètres environ.

Rien de particulier du côté des articulations coxo-fémorales. Pendant la marche, la femme boite un peu du côté gauche. Le fœtus est mal accommodé. Tête au-dessus du détroit supérieur. Dos à gauche. L'utérus est très tendu. Les bruits du cœur sont bons. La femme déclare éprouver des douleurs depuis 1 heure du matin. Au toucher, orifice externe largement entr'ouvert; les membranes bombent au moment de la contraction.

A 1 heure, les contractions sont faibles et espacées ; la tête est toujours élevée et l'on constate à côté d'elle un procubitus de la la main gauche.

A 5 heures du soir, les contractions deviennent plus rapprochées et plus énergiques ; la dilatation est égale à une pièce de 2 francs; les bruits du cœur sont bons. A 8 heures du soir, la dilatation atteint une paume de main, la tête est toujours élevée, mais on ne sent plus la main faisant procidence. Membranes entières

A 9 h. 25, la dilatation est presque complète. Rupture spontanée des membranes. Le liquide s'écoule en grande abondance. A partir de ce moment, l'orifice qui était dilaté revient sur lui-même et ne mesure bientôt plus qu'une pièce de cinq francs. Les bords de l'orifice sont épais ; la tête n'a aucune tendance à s'engager et reste élevée. Diamètre promonto-sous-pubien, 95 millim. Diamètre mi-sacro-pubien, 10 centim. 2.

A 10 h. 1/4, M. Lepage, constatant à nouveau qu'il existe une disproportion manifeste entre le volume de la tête et les dimensions du bassin, décide de pratiquer la symphyséotomie.

A 10 h. 25, l'opération est commencée. Incision de 4 centim. et demi au-devant de la symphyse. En cherchant à mettre à nu la partie inférieure de la symphyse pour trouver l'arcuatum, l'opéra-

teur constate qu'une hémorrhagie en nappe abondante se produit. Il se décide alors à pratiquer la section en attaquant la symphyse par en haut avec l'index comme guide. L'écarteur mesure 5 centimètres. On laisse la malade se réveiller; elle fait des efforts d'expulsion peu énergiques. Malgré des pressions exercées sur le fond de l'utérus et plus directement sur la tête fœtale, celle-ci ne s'engage pas. L'écartement se fait d'ailleurs d'une manière un peu asymétrique et il semble que l'os iliaque du côté droit s'écarte moins que celui du côté gauche.

Redoutant l'application du forceps dans ce bassin très vicié, M. Lepage décide de pratiquer la version. Introduction de la main droite dans l'utérus et saisie du pied gauche qui est abaissé. Les bras sont défléchis. Extraction de la tête par la manœuvre de Mauriceau. L'enfant, du sexe masculin, est ranimé facilement par quelques flagellations. Il pèse 3,050 grammes.

Les diamètres de la tête sont les suivants : O.F. 11,3. O.M. 13,2. Bi-P. 9,5. Bi-T. 8. S.O.B. 9,7.

Aussitôt après l'extraction du fœtus, l'hémorrhagie de la plaie pubienne s'arrête. La délivrance a lieu spontanément 20 minutes après l'extraction du fœtus. Le placenta pèse 500 grammes. Aucune lésion des organes génitaux externes. Il existe au niveau de l'orifice utérin une déchirure de la lèvre antérieure du col sur laquelle on applique deux sutures avec de la soie. Gaze iodoformée dans le vagin. La plaie pubienne est suturée par deux fils de soie profonds et 3 crins de Florence superficiels.

Les suites de couches sont absolument physiologiques. La miction se fait spontanément quelques heures après l'opération. La température maxima a été de 37°,4 le troisième jour. La mère allaite son enfant.

Les fils sont enlevés le 27 octobre. Malgré toutes les observations qui lui sont faites, la malade quitte le service le 2 novembre, marchant sans difficulté et emmenant son enfant qui pèse 3 kil. 400.

La malade a été revue dans le courant du mois de décembre, n'éprouve aucune douleur et marche sans aucune difficulté. Cette femme a été soignée complètement dans la salle commune.

Obs. 6. — **893.** — La nommée H. D..., âgée de 21 ans, entre à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, le 29 octobre à 7 heures du matin.

Antécédents héréditaires. — Père mort de la poitrine. La mère est bien portante ; elle est accouchée 7 fois spontanément et sans accidents.

Antécédents personnels. — Nourrie au sein, elle n'a marché qu'à 2 ans et demi ; a été atteinte de chorée pendant un an, lors de sa neuvième année. A 10 ans, ophtalmie purulente double. A 12 ans, œdème et douleurs des membres inférieurs.

Réglée à l'âge de 15 ans ; menstruation irrégulière, non douloureuse, durant trois ou quatre jours.

Le 1er accouchement a eu lieu le 1er mai 1894 : accouchement après une symphyséotomie faite à la Maternité de Lariboisière par le Dr Porak. L'enfant, du sexe féminin, est actuellement vivant. D'après ce que la malade raconte, elle avait été réveillée du sommeil chloroformique et engagée à pousser ; l'enfant serait venu en état de mort apparente.

Pendant cette première grossesse cette femme serait entrée à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis dans le courant d'avril et aurait quitté le service parce qu'on voulait provoquer l'accouchement. Elle resta quinze jours chez elle, et éprouvant quelques douleurs se présenta à l'hôpital Lariboisière le 28 avril. Les douleurs cessèrent pendant la journée du 29. Le 30 avril, M. Porak introduisit un ballon Champetier de Ribes à 11 heures du matin. A 6 heures du soir, un nouveau ballon fut introduit et resta jusqu'au lendemain matin, 1er mai ; à 6 heures, les douleurs devinrent plus fortes dans la journée du 1er mai, l'opération fut faite à 5 heures du soir. La malade quitta l'hôpital le 8 juin 1894 après un séjour de trente-neuf jours.

2e *Grossesse actuelle.* — Dernières règles du 14 au 18 janvier ; vers la fin de juillet cette femme vint consulter à l'hôpital Saint-Louis où le Dr Bar lui conseilla d'attendre le terme de son accouchement. A son entrée la malade raconte qu'elle éprouve des douleurs depuis le 28 octobre à midi. Les douleurs ont cessé dans la nuit du 28 au 29 pour reprendre le 29 au matin.

Cette femme est de petite taille ; elle ne boite pas. Incurvation légère des tibias. Lors de son entrée il s'écoule par la vulve du liquide amniotique. L'utérus paraît très développé, son fond remonte à 37 centim. au-dessus de la symphyse du pubis. La circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic est de 55 centim. Utérus très incliné à droite. Au palper on trouve une tête fœtale

au-dessus du détroit supérieur avec tendance à filer dans la fosse iliaque gauche. Siège à droite de la ligne médiane. Plan résistant à droite. Présentation du sommet en O.I.D.T. Les bruits du cœur s'entendent surtout un peu à droite et au niveau de l'ombilic.

Au toucher on trouve un canal cervical largement ouvert et une poche d'eau qui sans doute s'est refermée et qui bombe au moment des contractions. Bassin canaliculé, angle sacro-vertébral très élevé. Diamètre promonto-pubien minimum mesure 10 c. 3. Diamètre du sous-pubis au faux promontoire : 10 c. 5. Par le toucher et le palper combinés on trouve le placenta inséré en arrière et à droite. T. 37°,2. Pouls 88.

A midi, les contractions sont de plus en plus fortes et plus rapprochées. Les bruits du cœur fœtal sont bons et au nombre de 140 par minute. T. 36°,8. Pouls 100. Pendant toute la nuit du 29 au 30 la femme éprouve des contractions assez fortes. Les battements du cœur sont bons. La malade commence à présenter au niveau de la partie inférieure de l'abdomen et de la face interne des cuisses un érythème produit par les injections répétées de sublimé.

Le 30 octobre à 8 heures du matin, la femme éprouve des douleurs vives. Même attitude du fœtus. Au toucher l'orifice utérin présente une dilatation d'un franc. Poche des eaux tendue pendant la contraction. Il s'écoule par le vagin un liquide muqueux de couleur grisâtre. Le vagin est douloureux au toucher. M. Lepage constate que l'orifice utérin est œdématié et que la poche des eaux n'appuie pas bien sur lui. Il fait suspendre les injections de sublimé et les remplace par des injections d'eau boriquée. A 11 h. 30, la dilatation n'a que peu progressé malgré des contractions utérines fortes. Introduction du ballon Champetier. A midi 45, expulsion spontanée de ce ballon. Les contractions sont toujours rapprochées et énergiques. Dilatation comme une paume de main. Poche des eaux tendue au moment de la contraction. La tête est toujours très élevée au-dessus du détroit supérieur et lorsqu'on vient à l'abaisser, on constate qu'elle déborde notablement la symphyse. Il semble évident que l'accouchement spontané ne peut avoir lieu. Battements du cœur : 142. Pouls de la mère est à 100.

A 3 heures, la dilatation est complète. A 3 h. 1/4, anesthésie chloroformique. A 3 h. 25, incision de la peau. Après section

de la peau, on tombe sur du tissu fibreux, et après l'avoir sectionné, on sent avec le doigt les deux pubis écartés l'un de l'autre d'un demi-centimètre environ. Il n'existe pas de tissu entre les deux surfaces articulaires, mais à la partie supérieure, postérieure et inférieure de la symphyse, on trouve un tissu lardacé, présentant par places la transformation crétacée. Bien qu'on provoque l'écartement par l'abduction des cuisses, cet écartement ne dépasse pas 2 centimètres et demi. Ce qui empêche l'écartement, ce sont les tissus fibreux signalés ci-dessus : prudemment, avec un bistouri boutonné, M. Lepage fait des débridements sur ces tissus en haut, en bas et en arrière. Malgré cela on n'obtient qu'un écartement de 3 centimètres.

Vu le volume de la tête, cet écartement paraissant insuffisant, M. Lepage fait de nouvelles sections sur les tissus fibreux supérieurs qu'il traverse avec l'index de la main gauche ; c'est sur cet index protecteur qu'il sectionne de haut en bas les tissus ; on obtient alors un écartement de 5 centimètres.

On laisse la femme se réveiller, et l'on fait à la fois de l'expression sur la tête et sur l'utérus. On sent peu à peu la tête s'avancer ; l'écartement ne dépasse à aucun moment 6 centimètres. Les jambes de la femme sont mises dans la position de Walcher. On constate à ce moment, une augmentation de 5 millimètres. Chaque fois que la femme a une contraction et qu'elle pousse, par suite du redressement des pubis, l'écartement diminue d'un demi-centimètre environ. Pendant quatre ou cinq douleurs, la tête lutte contre l'orifice utérin, et cependant au moment où l'opération a été commencée, les bords de l'orifice étaient nettement appliqués de chaque côté sur les parois de l'excavation. La poche des eaux remplie de liquide sans cordon, bombait fortement dans le vagin.

Lorsque la tête est engagée, on redresse les cuisses et la femme continue à pousser. Il y a une distension très accusée du périnée antérieur et du périnée postérieur. La tête se dégage sans déchirure des parties molles.

Il existe autour du tronc du fœtus, un circulaire du cordon.

L'enfant est facilement ranimé et crie quatre ou cinq minutes après l'extraction, il pèse 3,600 grammes et mesure 51 centimètres de longueur. Principaux diamètres de la tête : O. F. 13 centim., O. M. 14 c. 5, bi-pariétal 9 c. 4, bi-temporal 8 c. 4, S. O. Br. 10 centim.

Les sutures sont faites suivant le sens de la plaie c'est-à-dire horizontalement (3 sutures profondes et 3 sutures superficielles).

6 novembre 1895. On enlève les fils, la plaie est en parfait état.

Le 16. La malade part. M. Lepage l'examine et trouve un état satisfaisant, la malade marche très bien et n'éprouve aucune douleur au niveau de ses articulations.

Résumons ces observations dans leurs points essentiels : toutes ces femmes sont des *multipares*, et si nous étudions ce qui s'est passé lors des accouchements antérieurs,

7 accouchements spontanés : 1 (**647**), 3 (**687**), 3 (**735**).
5 forceps : 1 (**687**), 1 (**725**), 1 (**735**), 2 (**866**).
1 version : (**725**).
1 accouchement provoqué : (**725**).
1 symphyséotomie : (**893**).

nous trouvons que sur 15 accouchements, 7 seulement ont été spontanés, dont 6 chez deux femmes; pour les huit autres accouchements une intervention a été nécessaire. Quant aux enfants, 4 sont nés vivants et ont survécu; 4 sont morts au cours du travail ou pendant les heures qui ont suivi la naissance.

6 enfants nés vivants et ayant vécu : 1 (**647**), 1 (**725**), 3 (**735**), 1 (**893**).
6 enfants morts peu de jours après la naissance : 4 (**687**), 2 (**725**).
3 enfants morts pendant le travail : 1 (**735**), 2 (**866**).

Sur ces 6 femmes, une seule (**866**) est entrée dans le service quelque temps avant l'accouchement, et je n'ai pas hésité à laisser la grossesse évoluer jusqu'à terme; les cinq autres femmes sont entrées après le début du travail. Une seule (**735**) avait subi en ville plusieurs applications infructueuses de forceps; n'ayant pas fait à temps le diagnostic de présentation du front et hésitant à agrandir le bassin parce que les accouchements antérieurs avaient été spontanés, j'essayai d'extraire la tête avec le levier-préhenseur mensurateur de Farabeuf; mon échec ne prouve rien contre cet instrument puisque le professeur Farabeuf recommande de

ne s'en servir qu'après agrandissement du bassin. Chez une autre femme (**687**), une application de forceps a été faite par M. Dujon, interne du service, parce que le diagnostic de rétrécissement du bassin n'avait pas été porté; cette femme avait été, en effet, envoyée tout d'abord chez une sage-femme agréée et M. Dujon, gêné par la présence de la bosse séro-sanguine, était autorisé jusqu'à un certain point à croire le bassin normal. C'est pour la même raison que j'ai tenté également une application de forceps.

Chez les quatre autres femmes, la symphyséotomie a été pratiquée d'*emblée* sans intervention antérieure.

Quant au manuel opératoire, j'y insisterai d'autant moins que je vous l'ai déjà longuement décrit : c'est celui que j'ai appris à la clinique Baudelocque et que vous trouverez magistralement exposé dans les diverses publications des professeur Pinard et Farabeuf. Toutefois chez la malade **893**, au lieu de faire une incision verticale médiane, j'ai utilisé l'ancienne cicatrice curviligne horizontale, qui résultait de l'incision faite par M. Porak chez cette femme lors de son premier accouchement. Vous savez que c'est dans le but d'éviter les déchirures des parties molles antérieures que M. Porak préconise cette incision qui ménage un pont cutané au-dessus de la partie antérieure de la vulve. Je ne crois guère que cette incision pare bien au danger qu'elle veut éviter; elle a en tout cas un inconvénient certain; c'est que les sutures, qu'elles soient superficielles ou profondes, sont dirigées de haut en bas et qu'elles ne peuvent en aucune façon servir à la coaptation des deux pubis, comme le font les sutures faites transversalement, — horizontalement — lorsque la plaie est médiane et verticale.

Beaucoup plus importante que la variété d'incision est le mode de terminaison de l'accouchement, au point de vue de l'intégrité des parties molles. Dans les deux premières opérations et dans la quatrième, le forceps a été employé; il m'a semblé que dans deux cas où il existait une déchirure de la paroi antérieure du vagin, cet instrument pouvait être

incriminé. Aussi, dans la cinquième symphyséotomie, ayant à faire à un bassin très vicié, je n'ai pas hésité à recourir d'emblée à la version par manœuvres internes. Dans le troisième et dans le sixième cas, ayant opéré dans des conditions particulièrement favorables, j'ai laissé l'expulsion du fœtus se produire sous l'influence de la contraction utérine. Je vous ai montré, au cours de cette expulsion, deux particularités, l'une qui consiste dans l'ampliation considérable du périnée postérieur et du périnée antérieur au cours de la période d'expulsion, ampliation qui empêche très heureusement la surdistension des parties molles antérieures ; l'autre, c'est que sous l'influence de l'effort de la contraction des muscles abdominaux les deux pubis se rapprochent, reconstituant en partie la symphyse pubienne, ce qui protège d'une manière efficace les parties molles.

Dans ces deux cas où l'extraction des fœtus a été faite sans instrument, il n'y a pas eu la moindre déchirure vulvaire ni vaginale. Il est bien certain que l'expulsion spontanée du fœtus, après agrandissement du bassin, est théoriquement préférable à l'emploi de tout instrument, mais pour qu'elle eut lieu sans inconvénient il faut que la symphyséotomie soit pratiquée de bonne heure, c'est-à-dire avant que le fœtus n'ait souffert de l'obstacle qu'il rencontre dans la filière pelvienne; il faut de plus que le muscle utérin se contracte suffisamment pour que la période d'expulsion ne dure pas trop longtemps. Si elle se prolonge en effet, les avantages qui résultent de cet accouchement spontané peuvent être inférieurs aux dangers d'infection qui menacent la plaie pubienne.

Quant à la valeur comparée du forceps et de la version après la symphyséotomie, le choix n'est pas toujours possible : dans certains cas, en effet, la version est formellement contre-indiquée, non pas seulement par l'amorcement trop accusé de la tête par rapport au bassin, mais parce que le fœtus n'est pas mobilisable par rapport à l'utérus. Dans sa leçon toute récente sur la symphyséotomie, à la clinique

Baudelocque pendant l'année 1895, le professeur Pinard a déclaré que, dans certains rétrécissements du bassin, la version pouvait être employée de préférence au forceps, à la condition que le bassin soit, au préalable, agrandi par la section de la symphyse.

Quant aux complications que nous avons observées, soit au cours de la symphyséotomie, soit pendant les jours qui ont suivi l'opération, je vous les rappelle seulement, vous en ayant déjà longuement parlé dans des entretiens antérieurs.

Au cours de l'opération, dans deux cas nous avons observé des hémorrhagies qui se sont arrêtées par le tamponnement de la plaie et surtout par l'extraction rapide du fœtus. Quant aux déchirures, elles ont été suturées avec du catgut. Dans un cas (**893**) une difficulté opératoire est résultée de ce qu'en arrière de la symphyse existait un plastron formé de tissu fibreux et crétacé, reliquat d'une symphyséotomie antérieure; je vous ai indiqué tout à l'heure par quel procédé j'étais arrivé à dilacérer ce tissu, de manière à permettre un écartement suffisant des deux pubis.

Quant aux soins consécutifs vous avez vu qu'ils étaient simples. Pour les quatre premières opérées, comme il n'existe dans le service des chambres séparées qu'au pavillon d'isolement c'est dans cette partie du service que d'une manière un peu irrationnelle en apparence j'ai placé ces femmes. Les deux dernières opérées ont été soignées entièrement dans la salle commune. N'ayant eu qu'au bout de quelque temps à ma disposition un lit de Herbet et une ceinture métallique, je me suis contenté chez deux de ces femmes de maintenir le bassin en attachant les membres inférieurs et en plaçant une ceinture de flanelle autour du bassin (1).

(1) Je suis heureux de remercier ici les internes qui se sont succédé dans le service MM. Dujon, Mourette, Ranglare qui m'ont prêté leur concours dans ces opérations ainsi que les sages-femmes du service, Mmes Bernard, Girard, Dejean et Guillory, qui ont soigné ces femmes avec le plus grand dévouement.

Les suites de couches chez quatre de ces femmes, ont été absolument normales ; chez deux nous avons observé des complications du côté de la vessie mais elles ne peuvent guère être mises sur le compte de la symphyséotomie. La seconde opérée (687) a présenté de la cystite légèrement purulente ; je n'ai pu savoir si pendant le séjour prolongé de cette malade chez une sage-femme agréée, le cathétérisme n'a pas été pratiqué. En admettant, ce qui est possible, que ce soit le cathétérisme pratiqué dans le service qui ait infecté la vessie on ne peut qu'incriminer indirectement l'opération en disant que la sonde a été contaminée par le contact avec la face interne des cuisses qu'il était difficile d'écarter chez cette femme. Quant à la fistule vésico-utérine ou vésico-cervicale observée chez la femme 735 il est évident qu'elle ne peut résulter d'une blessure de la vessie pendant l'opération ; elle rappelle les fistules qu'on observait autrefois fréquemment lorsqu'on laissait trop longtemps la tête « enclavée » dans le détroit. Elle est la meilleure preuve que la symphyséotomie a été pratiquée trop tardivement chez cette femme. En résumé, s'il m'était permis de tirer une conclusion de ces quelques observations c'est que la symphyséotomie a été dans ces six cas favorable aux fœtus et qu'elle n'a pas fait courir de dangers aux mères.

Une dernière remarque ; ces six opérations ont été pratiquées dans le premier trimestre (1er août-1er novembre) pendant lequel je dirigeais le service, alors que du 29 octobre jusqu'à maintenant nous n'avons plus eu occasion de pratiquer la symphyséotomie, bien que nous n'ayons pas provoqué un seul accouchement pour viciation pelvienne. Chez une femme qui était dans le service depuis longtemps et qui présentait une viciation extrême du bassin, encore justiciable de la symphyséotomie j'ai pratiqué avec succès, le 1er janvier l'opération de Porro. Chez cette femme il n'aurait pu venir à aucun accoucheur l'idée de recourir à la symphyséotomie même combinée avec l'accouchement provoqué. Mais il peut ne pas en être toujours ainsi; et

c'est une question qui n'est pas encore résolue à l'heure actuelle que celle des LIMITES DE LA SYMPHYSÉOTOMIE, c'est-à-dire des cas dans lesquels la symphyséotomie est discutable et des cas dans lesquels elle n'est pas suffisante.

Dans les faits que je viens de vous rapporter l'opération était-elle indiquée ? J'en ai la conviction ferme; mais n'est-il pas bien difficile dans les cas si complexes que présente la clinique de dire que telle intervention est absolument indispensable ?

En relisant les observations que je viens de vous rapporter vous pourrez vous-mêmes apprécier quel a été dans chaque cas l'opportunité de l'intervention. Si je suis aussi réservé pour défendre la conduite que j'ai tenue, en revanche je puis vous affirmer que chez deux femmes dont quelques-uns d'entre vous se souviennent, j'ai eu le tort ou plutôt le regret de ne pas pratiquer l'agrandissement du bassin. Dans un cas, chez une femme qui s'est présentée quelques jours après mon arrivée dans le service et qui avait un bassin légèrement oblique ovalaire ayant nécessité un basiotripsie lors du premier accouchement j'ai pratiqué, un peu malgré moi, la version et j'ai extrait mort un enfant que j'aurais eu à peu près certainement vivant après agrandissement du bassin. Chez une autre femme qui s'est présentée également dans la première quinzaine d'août et qui avait un bassin peu vicié, l'interne du service a appliqué le forceps et a extrait mort un superbe fœtus pesant près de 4 k. 500. J'ai fait trop souvent jadis la même intervention meurtrière pour la lui reprocher ; mais j'ai pris acte de ce fait pour recommander dans le service d'user le moins possible du forceps, même dans les bassins normaux, et de ne s'en servir jamais lorsqu'il peut devenir un agent de réduction de la tête fœtale. Vous voyez donc que loin d'avoir abusé de la symphyséotomie je n'y ai pas eu recours aussi souvent que j'aurais dû le faire : les résultats obtenus ne peuvent que m'encourager dans cette voie.

REVUE CLINIQUE

TUMEUR EXENCÉPHALIQUE OBSERVÉE A LA MATERNITÉ DE L'HOTEL-DIEU DE PONTOISE

Par le Dr **A. Crimail.**

Le 4 octobre 1895 arrivait dans mon service de la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Pontoise la femme L..., qui venait d'accoucher chez elle. Cette femme IIIpare a eu deux premiers enfants bien conformés, mais le père de ce troisième enfant n'est pas le même que celui des deux premiers et a dans sa famille (une sœur) des vices de conformation congénitale ; atrophie complète de la partie inférieure de l'avant-bras et de la main, lui-même est un cérébral.

La femme L..., a eu une grossesse normale et même très bonne ; les premières douleurs apparurent le 4 octobre dans la matinée et, à la quatrième forte douleur, avant l'arrivée de la sage-femme, venait au monde une enfant ayant une tumeur volumineuse, qui, au dire de la mère, était sortie la première et très facilement. La sage-femme, appelée près de la parturiente, examina le placenta, qu'elle m'a assuré être normal (?) et fit conduire la mère et l'enfant à la Maternité de Pontoise. Le lendemain à la visite j'examine cette enfant et je constate :

Enfant du sexe féminin, à terme, pesant 2 k. 800 et ayant une longueur totale de 0 m. 43 c. Au sommet du crâne, tumeur volumineuse, en forme de casque à chenille, retombant sur le côté droit et recouverte dans ses deux tiers antérieurs de cheveux, à l'extrémité la peau est violacée et même en deux endroits paraît devoir sous peu se sphacéler. Cette tumeur présente les dimensions suivantes :

	CENTIMÈTRES
Longueur supérieure à la convexité...........	16
— inférieure à la concavité............	12
Circonférence à la base.......................	20
— au sommet....................	23

On n'observe aucune pulsation même au moment des cris ; un peu de fluctuation et une légère transparence, irréductibilité complète de la tumeur.

Les frontaux très rudimentaires, fuyant horizontalement, pointent à leur partie médiane en estomac de poulet. Les pariétaux, complètement aplatis, sont très atrophiés. L'occiput, très atrophié également, forme au milieu une bosse volumineuse qui, s'aplatissant sur les côtés, se termine en fuyant horizontalement. La fontanelle postérieure, la suture sagittale et la fontanelle antérieure n'existent plus et cet espace du crâne (ligne médiane) forme pour ainsi dire un vaste cratère limité par les rebords des pariétaux et par où passe l'énorme tumeur. La face ne présente rien d'anormal, si ce n'est le faciès chinois, caractéristique à ces lésions cérébrales, avec arcade sourcillière très proéminente et yeux fendus en amende.

Le corps de cette enfant ne présente aucun autre vice de conformation apparent, ni bec-de-lièvre, ni spina bifida, ni pied bot, etc. Les mouvements généraux se font bien, la respiration est normale et l'enfant, dès le premier jour, commence à s'alimenter.

Le 10 octobre la femme L..., quitte malgré nous l'hôpital emmenant avec elle son enfant qu'elle place en nourrice. De cette époque jusqu'au 27 octobre l'enfant continue à vivre misérablement, avec crises nerveuses et succombe enfin le 27 soit vingt-trois jours après sa naissance.

L'*autopsie* est pratiquée vingt-quatre heures après la mort le 28 octobre 1895 par M. le Dr Larger.

La tumeur présente le même aspect que sur le vivant, elle est toutefois augmentée de volume et de flaccidité depuis la naissance de l'enfant.

Ouverture du crâne par une incision circulaire du cuir chevelu, lequel est disséqué jusqu'à la brèche crânienne. Les frontaux et l'occipital sont fortement atrophiés, les pariétaux le sont encore davantage et l'orifice osseux est formé à leur intersection, sur la ligne médiane. Cet orifice est à bords lisses ; des brides fibreuses épaisses s'y attachent et se confondent avec la dure-mère, laquelle ne dépasse pas la cavité crânienne.

Les parois de la poche se composent de dehors en dedans :

1° De la peau fortement épaissie à la base ;

2° D'une membrane aponévrotique se confondant plus ou moins intimement avec les méninges.

3° Du cerveau recouvert d'une membrane assez dure, paraissant être l'arachnoïde unie à la pie-mère.

La majeure partie de la masse cérébrale est contenue dans la tumeur qui renferme les deux hémispères sortant du crâne symétriquement au même niveau, mais inégalement développés, le gauche beaucoup plus que le droit. Les hémisphères sont énormement dilatés, surtout le gauche, par un liquide rouge brun foncé, lequel s'écoule abondamment à l'incision de la tumeur. Ce liquide est contenu tout entier dans les ventricules, et ces derniers communiquent largement les uns avec les autres tant dans leurs parties intra qu'extra-crâniennes. La masse cérébrale est pulpeuse et ramollie à l'intérieur des ventricules ; à la surface du cerveau les circonvolutions paraissent assez normalement développées ; la tente du cervelet est intacte ; le cervelet lui-même paraît normal.

Cette tumeur appartient à la variété qu'on a appelée « hydrencéphalocèle » et dont tous les auteurs classiques à la suite de Spring (De la hernie du cerveau, *Acad. de Belgique*, tome III, 1854) ont prétendu faire le type de ces tumeurs congénitales du cerveau qu'ils croyaient dues à une hydropisie des ventricules. Cette théorie a été combattue par R. Larger (De l'exencéphale, *Archives générales de Médecine*, 1867) qui a prouvé qu'elle était en contradiction absolue avec les faits, et qu'un arrêt ou vice de développement pouvait seul rendre compte de la production de ces tumeurs. Depuis lors, l'unanimité des auteurs a confirmé cette opinion.

Le cas qui nous occupe est un des rarissimes exemples d'exencéphale interpariétal — le siège habituel étant, comme on sait, l'occipital et le front — ne s'accompagnant pas d'autres vices de conformation. Ainsi que Spring et Larger en ont fait la remarque sur les observations relevées par eux et que le démontrent aussi les pièces du musée Dupuytren, l'exencéphale interpariétal ne s'est vu pour ainsi dire que chez des monstres.

REVUE GÉNÉRALE

LE CANCER DE L'URÈTHRE CHEZ LA FEMME

Le cancer de l'urèthre chez la femme est rare. Dans un travail, qui vient de paraître, M. Melville Wassermann en a réuni 24 cas, 23 antérieurement publiés, un inédit dû à MM. Guyon et Albarran (1).

Comme les épithéliomas des autres régions, celui de l'urèthre semble souvent lié à une irritation locale persistante. L'accouchement et surtout la grossesse répétée semble le facteur étiologique principal mais les multipares ne sont pas exemptes de la maladie.

L'hérédité ne semble jouer qu'un rôle tout à fait effacé. Une seule fois sur les 24 cas on la trouve notée; il s'agissait d'une malade de Winckel dont la mère était morte d'un cancer de l'utérus.

Quatre fois la tumeur s'est développée entre 29 et 38 ans; toutes les autres malades avaient de 43 à 72 ans.

L'épithélioma se développe surtout autour du méat. La cloison uréthro-vaginale est plus souvent atteinte que la paroi supérieure. Il existe cependant quelques cas où la paroi supérieure, le clitoris et même les tissus rétro-pubiens étaient envahis.

L'aspect macroscopique de l'épithélioma uréthral chez la femme est celui de tous les cancroïdes des muqueuses : on voit une tumeur d'un rouge foncé, charnue, de consistance plus ou moins dure, rugueuse, mamelonnée, à surface bourgeonnante, facilement saignante. Au bout d'un certain temps la tumeur s'ulcère donnant un suc ichoreux, une sanie fétide. Circonscrite au début, elle ronge les tissus avoisinants et constitue une grande ulcération à bords déchiquetés et indurés. Elle est friable et crie sous le scalpel.

(1) MELVILLE WASSERMANN. *Epithélioma primitif de l'urèthre*, Paris, Steinheil, 1895.

Dans un tiers des cas les ganglions inguinaux sont tuméfiés.

Au microscope on trouve presque toujours la variété d'épithélioma, dite épithélioma pavimenteux lobulé.

*
* *

Au début les *symptômes* sont peu caractéristiques. Il y a des douleurs à la miction, souvent de simples picotements. Les malades éprouvent une envie fréquente d'uriner. L'urine, souvent claire, contient quelquefois un peu de sang au début de la miction, ce qui peut faire croire à un retour des règles.

A la période d'état il existe une douleur sourde dans l'urèthre; certaines femmes se plaignent de douleurs lancinantes s'irradiant vers les cuisses et dans l'abdomen. La miction est douloureuse : le coït est un véritable supplice.

L'examen direct fait constater une induration de la cloison uréthro-vaginale. Toute la paroi inférieure de l'urèthre est transformée en une masse dure, douloureuse. Si la néoplasie siège au niveau du méat, on voit que celui-ci a des bords retroussés; il existe une tuméfaction avec une dépression en forme de cratère; c'est l'embouchure de l'urèthre sur la convexité du néoplasme. Si l'épithélioma siège plus profondément on peut avoir recours à l'endoscopie.

A une période plus avancée, Winckel a vu se former une fistule uréthro-vaginale. C'est exceptionnel, contrairement à ce qui arrive chez l'homme. Le fait s'explique facilement si l'on se rappelle, comme le dit Wassermann que la néoplasie siège de préférence à l'entrée de l'urèthre féminin et que le canal est chez la femme beaucoup moins susceptible de se rétrécir par suite de son calibre plus large et de sa dilatabilité plus grande.

*
* *

Traitement. — Melchiori, qui fut le premier à opérer plusieurs cas d'épithélioma de l'urèthre chez la femme, distingue trois stades : dans le premier, le nodule cancéreux

n'a pas encore dépassé la moitié de la longueur du canal, c'est-à-dire 12 à 15 millimètres. Dans le deuxième, la néoplasie pénètre jusqu'au fascia pelvien et au col vésical, mais ne dépasse pas les branches descendantes du pubis. Dans le troisième, la tumeur a franchi la symphyse et les branches descendantes du pubis, elle a envahi le tissu cellulaire pelvien et le col vésical.

Les résultats de l'opération dans la première période sont souvent très bons; dans la deuxième, les résultats sont déjà moins bons, et tout à fait mauvais dans le troisième stade.

La malade étant dans la position de la taille périnéale, Melchiori fait une incision semi-lunaire à convexité dirigée en haut. Il incise toutes les parties molles jusque sur l'urèthre et tire la tumeur en bas. L'urèthre ainsi dénudé est séparé à l'endroit voulu. Toutes les artères sont liées, l'hémorrhagie en nappe est arrêtée par des irrigations avec des solutions glacées.

Si l'hémorrhagie se prolonge, Melchiori introduit une sonde à demeure et des tampons qu'il retire au bout de vingt-quatre heures. Une opération plastique secondaire couvre les pertes de substance.

Winckel a opéré de la manière suivante : Après avoir introduit une sonde dans la vessie, il fit autour de l'urèthre trois transfixions, une à gauche, une à droite et la troisième au-dessous du cathéter. Ensuite il serra les trois fils et s'en servit pour attirer et disséquer l'urèthre; cinq artères furent liées avec du catgut et la muqueuse uréthrale cousue à la paroi vaginale par 7 fils de soie. Sonde à demeure pendant plusieurs jours. Guérison rapide par première intention.

Beaucoup plus complexe a été le cas opéré par Zweifel. Ce chirurgien extirpa tout l'urèthre après avoir fait la symphyséotomie. La fistule vésico-vaginale fut fermée immédiatement. Puis, après laparotomie, Zweifel procéda à la formation d'un urèthre artificiel en incisant la paroi postérieure de la vessie et en créant une fistule vésico-abdominale. La malade guérit.

HARTMANN

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

M. E. Apert. — **Malformations congénitales multiples (ankyloses, fractures, enfoncement du thorax, éventration, mains botes, pieds bots) causées par la compression utérine dans un cas d'oligamnios** Observation du service de M. le professeur Grancher, suppléé par M. Marfan. — J'ai l'honneur de présenter à la Société les photographies d'un enfant de six semaines, atteint de malformations congénitales multiples, résultant toutes de la compression exercée sur lui pendant la vie fœtale par les parois utérines à cause de l'insuffisance de liquide amniotique.

Voici d'abord la description détaillée du corps de l'enfant.

Crâne. — Le crâne est bien conformé, les fontanelles et les sutures normales.

Face. — Le bout du nez est aplati et dévié vers le côté droit; à part cela, la voûte et le voile du palais, la langue, les gencives sont bien conformés; les oreilles sont normales.

Colonne vertébrale. — La colonne vertébrale décrit une courbe à concavité droite et postérieure. Les mouvements sont très limités dans toute la partie qui correspond au tronc, en sorte qu'on ne peut pas redresser complètement l'enfant; au cou, les mouvements de flexion, d'extension et de latéralité sont plus étendus, mais dans sa position ordinaire la tête est renversée en arrière et continue la courbe décrite par le rachis.

Thorax. — Le thorax est considérablement déformé. Sur sa face antérieure, le plastron chondro-sternal est repoussé en arrière et forme une gouttière profonde. Latéralement, la moitié gauche au contraire forme une voussure saillante en arrière au niveau de l'angle costal. Il y a donc comme une déformation oblique ovalaire du thorax.

Membres thoraciques. — Bras gauche. — Dans la position naturelle de l'enfant, le membre supérieur gauche est relevé en haut et en avant; le bras est horizontal et se loge sur la partie gauche du cou, de telle sorte qne le coude vient en contact avec le menton.

Les mouvements de l'épaule pour déplacer le bras sont très limités, et dès qu'on laisse le bras à lui-même, il revient à sa position première, et vient se placer entre le maxillaire inférieur en haut, la clavicule en bas, décrivant un quart de cercle autour du cou. L'adaptation est d'autant plus complète que l'humérus présente à l'union de son tiers supérieur avec ses deux tiers inférieurs une fracture consolidée à angle obtus ; c'est cette forme



FIG. 1.



FIG. 2.

angulaire de l'humérus qui permet au coude de venir en contact avec le menton.

L'*avant-bras* gauche, dans sa position naturelle descend verticalement au-devant du sternum et se loge dans la gouttière que nous avons signalée au-devant du thorax. Les mouvements du coude sont très limités (environ 20 à 30°), les mouvements de pronation et de supination n'existent pas, les deux os de l'avant-bras semblent soudés l'un à l'autre.

La *main* est relevée à angle aigu le long de l'avant-bras, et se loge à sa droite dans la gouttière sternale, le pouce en avant et la

paume regardant à gauche et engainant la partie inférieure de l'avant-bras. Les mouvements de la main sur l'avant-bras sont très limités et dans l'extension la plus complète, la main fait avec l'avant-bras un angle d'environ 45°.

Les *doigts* sont très allongés, mais bien conformés.

Membre supérieur droit. — Le bras droit est accolé à la face droite du thorax et vertical. L'*avant-bras* droit est relevé le long du bras en avant et en dehors de lui. La *main droite* s'applique sur la joue droite qu'elle empaume. Elle est en hyperextension, presque à angle droit avec l'avant-bras. Il est impossible de la ramener dans la rectitude ; de même les mouvements du coude et de l'épaule sont très limités.

Abdomen. — Il est déformé ; les viscères semblent refoulés à gauche, d'abord par le fait de la scoliose à concavité droite, puis, parce que les membres inférieurs repliés viennent appuyer sur le côté droit de l'abdomen ; il existe à ce niveau une large hernie, ou plutôt une *éventration ;* la peau est mince à ce niveau et on voit au travers en haut la rate, en bas, les intestins, suivant les mouvements de la respiration.

Organes génitaux. — Le *pénis* est normal, le *scrotum* vide de testicule, l'anus bien conformé.

Membres inférieurs. — Les *cuisses* sont en flexion complète sur le tronc ; elles sont en outre déviées vers la droite en masse, avec le bassin lui-même, par suite de la scoliose à concavité droite. La *cuisse droite* présente en son milieu une fracture du fémur, consolidée à angle obtus regardant l'abdomen.

Les *jambes* sont fléchies sur les cuisses de telle sorte que les talons viennent en contact avec les fesses. Elles ne sont pas complètement immobilisées dans cette position ; on peut défléchir les jambes jusqu'à un angle voisin de l'angle droit. Les articulations du genou sont, avec celles du cou, celles qui ont conservé les mouvements les moins limités.

Les *pieds* sont bizarrement contournés, et de telle sorte que le bord interne du pied se relève le long du tibia, le gros orteil étant en contact avec la face interne de la jambe, la paume regardant en arrière et le dos du pied en avant. Dans la position fléchie des jambes, la plante du pied gauche embrasse l'ischion du côté droit ; la jambe droite, au contraire, passe sur un plan antérieur à la jambe gauche, en sorte que la plante du pied droit vient

engainer la moitié inférieure de la face antéro-externe de la jambe gauche. Toutes ces parties, dans la position fléchie des jambes, s'emboîtent l'une l'autre de façon qu'il n'existe plus de vide entre elles. Les pieds sont immobiles dans leur position, les mouvements des articulations tarsiennes étant nuls. Les *orteils* sont bien conformés.

L'enfant présente en outre sur la face deux nævi vasculaires plans, occupant l'un la paupière supérieure gauche, l'autre le lobe du nez, la narine gauche, et la moitié gauche de la lèvre supérieure.

Telles sont les nombreuses lésions et malformations présentées par cet enfant. Ce qui frappe en lui, c'est que toutes ces anomalies ont pour résultat un emboîtement réciproque des différentes parties du corps, pour amener celui-ci à occuper le plus petit volume possible. Il semble que l'enfant ait été soumis à une pression concentrique qui a fait pénétrer les parties les plus résistantes dans les parties les plus molles, et qui a même amené la fracture des deux os longs, nécessaire pour appliquer exactement ces parties rectilignes sur des surfaces convexes. Nous pensons donc qu'il s'agit ici d'un fait de compression utérine, par suite de l'absence presque complète de liquide amniotique. Cette supposition a été vérifiée par le dire de la mère, qui a, en effet, perdu très peu d'eau pendant sa couche. Voici du reste les renseignements qu'elle nous a donnés :

Elle a eu neuf grossesses. Les deux premières se sont terminées à cinq et six mois par l'expulsion d'enfants morts ; la troisième à terme par la naissance d'un garçon aujourd'hui âgé de 18 ans et très bien portant. Ces trois premières grossesses ne sont pas du même père que les suivantes.

Le quatrième enfant est né à 7 mois ; il portait sur la nuque une loupe volumineuse, presque aussi grosse que la tête elle-même (vraisemblablement une méningocèle ou un encéphalocèle). Cet enfant est mort quelques jours après sa naissance.

Quatre autres enfants sont nés ensuite à terme ; ils sont tous vivants et bien portants.

Elle-même est bien portante, sauf des maux de tête violents et fréquents. Ce sont, avec les deux fausses couches, les seuls signes de syphilis que nous ayons pu trouver chez elle. Elle a actuellement 40 ans. Son mari, 45 ans, est très bien portant.

La dernière grossesse, celle qui a donné naissance à l'enfant que nous présentons, n'a d'abord présenté rien de particulier, mais le ventre était moins fort que dans les autres grossesses, et jamais la mère n'a senti remuer l'enfant. A aucun moment dans sa grossesse, elle n'a perdu d'eau ni de sang; il n'y a eu aucune menace de fausse couche. Le 24 septembre, au terme de huit mois et quart, elle a été prise de douleurs, s'est mise au lit, et a perdu une petite quantité d'eau. L'accouchement ne se termina que deux jours après; l'enfant présentait le côté; la sage-femme pratiqua avec beaucoup de difficulté la version, quoique l'enfant fût très petit. Puis elle dut faire la délivrance artificielle, le placenta étant très adhérent. Les suites de couches furent normales.

Le lendemain de sa naissance, l'enfant était amené aux Enfants-Malades et reçu dans le service de M. Brun, qui, au bout d'un mois, le fit passer dans le service de M. Grancher (suppléé par Marfan). A l'âge d'un mois, cet enfant ne pesait que 1,555 grammes, il était hypothermique (36°) ; il tétait bien et augmenta d'abord de poids. Mais il fut pris de broncho-pneumonie et mourut à l'âge de six semaines.

La famille s'opposa à l'autopsie complète, ce qui fit que nous ne pûmes examiner le squelette, mais seulement les viscères, qui, sauf les poumons atteints de broncho-pneumonie, étaient normaux. Le foie en particulier ne présentait pas l'aspect du foie des nouveau-nés syphilitiques ; mais, à la surface, il y avait des étoiles blanches, nacrées : ce tissu nacré ne pénétrait pas dans la profondeur du foie; une coupe histologique au niveau d'une de ces étoiles a montré qu'elle répondait à un espace interlobulaire et était formée par du tissu conjonctif pénétrant entre les deux lobules voisins, mais sans prolifération du tissu conjonctif, sans altération du parenchyme hépatique. La rate était histologiquement saine, et le poumon présentait seulement au microscope les lésions classiques de la broncho-pneumonie.

Donc, il n'existait chez l'enfant aucune lésion syphilitique ; quant à la mère, les deux fausses couches, les céphalalgies, l'oligamnios lui-même et les adhérences du placenta, ne constituent que des probabilités en faveur de la syphilis. Nous pouvons dire que les monstruosités constatées dans notre cas sont dues à l'oligamnios, mais sans pouvoir remonter à la cause première qui a déterminé

cet oligamnios Il est simplement *probable* que c'est la syphilis.

A propos de ce cas, nous avons fait des recherches bibliographiques, et nous avons seulement trouvé quelques observations à rapprocher des précédentes. Dans deux cas d'oligamnios, Tarnier a vu l'une des épaules produire une empreinte profonde sur le côté de la tête qui appuyait sur elle, et souvent il a observé une empreinte laissée par la malléole externe sur le dos du pied (1). Budin a vu aussi une dépression en forme de rein sur la partie latérale de la tête, produite par l'épaule gauche. La tête de l'enfant demeurait penchée à gauche et s'appliquait exactement sur l'épaule de ce côté (2). Dans une autre observation du même auteur il existait un enfoncement de l'épigastre et de l'hypochondre droit, avec direction vicieuse du sternum et des fausses côtes, la face plantaire du pied gauche s'appliquait exactement sur cette dépression. Comme dans notre cas, les deux pieds et les deux mains étaient bots. Il y avait de l'oligamnios manifeste, à la suite d'hydrorrhée durant depuis cinq semaines (3).

Rappelons en outre la coexistence fréquente de l'oligamnios de la mère et des pieds bots de l'enfant.

Nous avons en outre une observation à faire à propos du diagnostic; la plupart des personnes qui ont vu l'enfant ont parlé de rachitisme intra-utérin. Or il n'y a dans ce cas aucune lésion rappelant le rachitisme, ni saillies des bosses frontales et pariétales, ni gonflement des épiphyses, ni chapelet costal.

M. E. Apert. — **Achondroplasie.** — J'ai l'honneur de présenter à la Société le cadavre d'un nouveau-né atteint de la malformation congénitale décrite par Depaul (4) et connue depuis Parrot (5) sous le nom d'achondroplasie. Comme cette malformation a été elle aussi, longtemps considérée comme du rachitisme intra-utérin,

---

(1) Tarnier et Budin. *Traité des accouchements*, t. II, p. 438.

(2) Tarnier et Budin. *Traité des accouchements*, p. 894.

(3) Budin. *Obstétrique et Gynécologie*, p. 246 et 249.

(4) Depaul. Sur une maladie spéciale du système osseux développé pendant la vie intra-utérine, et qui est généralement décrite, à tort selon moi, sous le nom de rachitisme (Académie de médecine, 1851. *Archives de tocologie*, 1878.

(5) Parrot. *Société d'Anthropologie*, 1878 (reproduit dans le livre, la *Syphilis héréditaire et le rachitis*).

il nous a paru opportun de rapprocher ce cas de l'observation précédente.

L'enfant que nous présentons est né le 8 décembre 1894 à la Maternité (service de M. le professeur Guéniot). Voici l'observation qui a été prise au moment de l'accouchement.

Mère, 18 ans, fleuriste, primipare, a toujours joui d'une bonne santé; aucun signe de syphilis, de tuberculose, ni d'alcoolisme



FIG. 3.

Elle est maigre et pâle, ayant beaucoup souffert de la misère pendant sa grossesse, mais elle est bien conformée, il n'y a aucune trace de rachitisme, ni aucune lésion du système osseux.

Elle ne peut donner de renseignements sur le père qu'elle a à peine connu.

La grossesse a évolué sans incident. Dernières règles au commencement de mai. Le 8 décembre, sentant les premières douleurs, la jeune fille se présente à la Maternité, et avant qu'on ait eu le

temps de la transporter dans la salle de travail, elle accouche dans la salle de consultation. L'accouchement se fit par le sommet se dégageant en occipito-pubienne, et ne présenta rien de particulier, si ce n'est sa rapidité.

L'enfant, une fille, mourut presque aussitôt, après avoir fait quelques mouvements respiratoires.

Cette enfant présente tous les caractères des fœtus anciennement décrits sous le nom de rachitiques intra-utérins, et appelés à plus juste titre aujourd'hui achondroplasiques. Les quatre membres sont diminués de longueur, l'extrémité des membres supérieurs pendant le long du corps dépasse à peine les fausses côtes, au lieu d'arriver à mi-cuisse : les membres inférieurs sont réduits dans les mêmes proportions. Voici au reste quelques mensurations :

Longueur totale :	du bregma à la plante des pieds.	31	centim.	
—	du tronc : de la fourchette sternale au pubis	13	—	
—	du bras : de l'acromion au pli du coude,	3	—	1/2
—	de l'avant-bras : du pli du coude au pli de flexion de la main	2	—	1/2
—	de la main : du pli de la main à l'extrémité du médius	3	—	
—	de la cuisse : de l'épine iliaque antéro-supérieure au milieu de la rotule	5	—	
—	de la jambe : du milieu de la rotule à la plante du pied	5	—	
—	du pied : du talon à l'extrémité du gros orteil	4	—	
Diamètre	occipito-mentonnier	11	—	1/4
—	sous-occipito-bregmatique	9	—	
—	occipito-mentonnier	10	—	
—	bipariétal	8	—	

Les dimensions de la tête et du tronc sont donc normales et contrastent avec le considérable raccourcissement des membres.

A part ce raccourcissement des membres l'enfant est bien conformé ; il n'y a aucune altération du crâne ; il n'y a pas trace de chapelet costal ; les déformations des membres ne rappellent pas

du tout celles des membres rachitiques. Les os des membres présentent, outre leur diminution de longueur, certaines inflexions, visibles surtout au tibia et au péroné, mais elles sont angulaires et non curvilignes comme celles du rachitisme. Il n'y a pourtant aucune trace de fracture, mais il semble qu'une arête







FIG. 4. FIG. 5.

saillante s'est développée sur chacun des os longs du membre inférieur, fémur, tibia et péroné, sur la face antérieure de chacun d'eux, à peu près à leur partie moyenne.

Les cartilages terminaux des os longs des membres existent bien développés, mais celui de l'extrémité supérieure de l'humérus et surtout celui de l'extrémité supérieure du fémur n'ont pas leur forme normale (fig. 4 et 5).

L'autopsie n'a révélé rien d'anormal dans les viscères internes. L'encéphale et la moelle, les poumons, le cœur, le foie, la rate, les reins, les capsules surrénales, le thymus, le corps thyroïde, les ovaires nous ont paru avoir la forme et le volume qu'ils ont habituellement chez un fœtus de cet âge.

La pathogénie de cette curieuse affection est inconnue. Dans notre cas, il semble bien que les souffrances endurées par la mère pendant sa grossesse aient été l'origine de la maladie du fœtus. Mais on ne retrouve pas cette cause dans la plupart des observations connues jusqu'à ce jour, et recueillies par Porak (1). Comme apparence extérieure et conformation osseuse, tous les individus atteints de cette déformation sont faits absolument sur le même modèle ; ils se ressemblent autant entre eux qu'ils diffèrent des rachitiques, et il n'y a pas de cas intermédiaires entre les deux maladies. Il faut donc radicalement distinguer les deux maladies.

Outre les cas de prétendu rachitisme intra-utérin se rapportant en réalité soit à l'achondroplasie, soit à des malformations par compression intra-utérine, il semble bien que d'autres cas décrits sous le même nom relèvent du myxœdème congénital, d'autres encore ont trait à des fractures intra-utérines multiples. On voit que le champ du rachitisme intra-utérin, déjà considéré comme très petit, se rétrécit encore singulièrement. Si l'on considère d'autre part que le rachitisme acquis n'apparaît jamais avant l'âge de deux mois, on comprendra que nous ayons tendance à croire que le rachitisme intra-utérin n'existe pas.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du jeudi 17 mars.

M. Doléris. — **Grossesse tubaire. Rupture. Laparotomie.** — Femme de 30 ans. Fausse couche probable, compliquée d'accidents infectieux, il y a huit ans.

Au milieu d'une santé parfaite, le 10 février 1896, des phénomènes abdominaux apparaissent. Douleur vive dans l'hypogastre surtout à droite, état syncopal. Ils sont attribués à la pelvi-péritonite.

(1) Porak. De l'achondroplasie. *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie,* 1889.

L'utérus paraissant développé anormalement, on songe à une grossesse coexistante. Les règles ont apparu normalement le 5 janvier et le 15 janvier nouvelle perte prolongée, allant en s'atténuant jusqu'en février. Redoublement le 5 février, époque des règles. Quatre jours après, crise abdominale. La malade est alitée et l'état reste stationnaire. Le 6 mars, nouvelle crise moins violente que la première ; le ventre est tendu, ballonné, impossible à palper. La constipation est opiniâtre, le toucher ne révèle pas les tumeurs massives caractéristiques de la salpingo-ovarite ; les lésions paraissent diffuses dans la région hypogastrique.

Une intervention est décidée en principe et on attendait que la malade fût transportable lorsque le 12 mars 1896, à l'occasion d'un lavement, une troisième crise beaucoup plus grave se produit. Comme dans la crise précédente les douleurs sont très vives, la pâleur extrême, facies grippé, état syncopal, soif vive, hypothermie 35°4, pouls rapide, anhélation. Malgré l'état d'extrême faiblesse de la malade, la laparotomie est pratiquée d'urgence.

Le diagnostic probable était hématocèle pelvienne due à la rupture d'une grossesse ectopique.

Opération, 13 mars. — On trouve l'épiploon adhérent à la paroi, une nappe de sang liquide est répandue entre les anses intestinales, le bassin est rempli par une poche tendue, adhérente à l'intestin qui lui fait une paroi adventice du côté de l'abdomen.

Ouverture de la poche, extraction de caillots et de sang liquide le tout évalué à 1 litre 1/2 ; au milieu nage un fœtus frais et des débris de placenta.

Nettoyage de la poche qui occupe tout le fond du bassin et qui est formée en grande partie par la trompe droite distendue et rompue à droite et en arrière.

Résection des lambeaux flottants de la trompe. La partie adhérente du placenta est laissée en place. Perforation du cul-de-sac postérieur, passage d'un drain abdomino-vaginal, drainage à la gaze iodoformée par l'orifice abdominal.

Suites très favorables malgré l'état exsangue et la dépression extrême de l'opérée dont le pouls, plusieurs fois durant l'opération, a été imperceptible.

M. Doléris. — **Infection des voies génitales chez une vierge par un staphylocoque blanc.** — Les infections par des microbes faiblement pathogènes sont mal connues.

Le cas actuel a permis d'étudier le développement silencieux, apyrétique, *indolore*, d'une inflammation torpide étendue de la muqueuse utérine au péritoine, due à l'action d'un staphylocoque blanc.

Il s'agit d'une vierge affectée de ménorrhagies pour lesquelles elle a déjà subi un curretage en 1889. Les accidents, au lieu de s'amender, ayant augmenté, elle est examinée en 1896 par M. Doléris qui découvre une tumeur du volume d'une pomme dans les annexes droites, et une vague tuméfaction dans les annexes gauches.

M. Doléris enlève par la laparotomie : 1° à droite l'ovaire affecté d'un kyste simple, à paroi mince, unique, à contenu fluide, légèrement citrin, la trompe atrophiée et fermée, peu d'adhérences ; à gauche, un ovaire petit et une trompe kystique, longue de 15 cent., aux parois extrêmement amincies et transparentes, distendue, du volume d'un boudin et contenant un liquide limpide et à peine coloré ; quelques adhérences trabéculaires à l'intestin, abcès miliaires sous-séreux sur le tronçon sectionné de la trompe gauche. Guérison sans trouble.

L'étude bactérioscopique a montré dans le mucus utérin, dans la trompe et dans l'abcès sous-séreux un staphylocoque très peu pathogène. Inoculé au cobaye, il a produit une tuméfaction passagère avec engorgement ganglionnaire, accidents qui ont cédé au bout de huit jours.

Le début de l'infection paraît avoir coïncidé avec l'apparition d'une leucorrhée abondante et celle des hémorrhagies.

M. Fournel. — **Hémorrhagie dans un énorme kyste ovarique contenant vingt-trois litres de liquide. Ovariotomie. Guérison.** — Il est rare de rencontrer actuellement des tumeurs abdominales ayant acquis un énorme développement, pour la raison qu'on les opère maintenant de bonne heure. Les pièces que M. Fournel présente à la Société ont été enlevées par la laparotomie à une femme de 34 ans. C'est un kyste de l'ovaire droit, formé de quatorze poches kystiques, contenant à elles toutes 23 litres de liquide. La plus volumineuse était la plus antérieurement située, elle contenait

douze litres d'un liquide de la couleur du café noir foncé. Il avait dû se produire dans cette poche une assez récente hémorrhagie, cause et de la coloration spéciale du liquide et de l'accroissement brusque qu'à subi la tumeur six semaines avant l'opération.

M. SIRON.— **Brièveté relative du cordon. Décollement prématuré du placenta. Fœtus mort-né.** — Il s'agit d'un accouchement par le sommet en O. I. G. A. Tout se passe normalement jusqu'à la dilatation complète. A ce moment les bruits du cœur se ralentissent, deviennent très sourds et l'enfant naît un quart d'heure après en état d'asphyxie blanche. Il ne put être ranimé. Le cordon s'insérait en raquette sur le placenta ; il mesurait 0, 47 centim. et présentait un circulaire très serré autour du cou du fœtus. On trouve du côté de la face utérine du placenta deux caillots, l'un très étendu, l'autre un peu plus petit à droite du premier sur le bord cortical. Caillot volumineux engagé dans le sinus circulaire.

Par le fait du circulaire autour du cou et de la descente des épaules pendant l'engagement, il est résulté une brièveté relative du cordon, d'où tiraillement sur le bord supérieur du placenta, décollement prématuré, hémorrhagie et mort du fœtus.

REVUE ANALYTIQUE

DE L'ENDOMÉTRITE PENDANT LA GROSSESSE.

Endométrite de la grossesse (Endometritis in der Gravidität), par EMANUEL. *Centr. f. Gyn.*, 1894, p. 699).

Premier cas. — Femme de 29 ans, ayant fait une fausse couche au quatrième mois, entrée pour rétention placentaire à la clinique de Veit. Délivrance artificielle. Ce qui frappe, c'est l'épaississement des membranes et la présence de petits nodules jaunes atteignant par places l'épaisseur d'un petit pois. Ces nodules saillants sont constitués par de petites cellules rondes, ainsi que cela a déjà été constaté dans les métrites déciduales. La forme de ces amas sur une coupe rappelle celle des infarctus. Dans ces amas, j'ai pu démontrer la présence de microcoques, qui ressemblent, par leur forme surtout, à des diplocoques. J'en ai vu

d'intra cellulaires, mais ce ne sont pas des gonocoques, car ils se colorent par la méthode de Gram-Weigert.

Deuxième cas. — Femme de 27 ans, ayant fait une fausse couche de six mois avec évacuation d'une môle hydatiforme, main ramène une caduque présentant des altérations identiques à celles du cas précédent et des microcoques différents de ceux du premier cas, cas plus volumineux. Ce ne sont pas des saprophytes introduits accidentellement parce qu'on ne les retrouve pas dans les autres cas, parce qu'ils sont quelquefois intra-cellulaires et parce que leur présence est strictement limitée aux amas cellulaires. H. H.

Endométrite de la grossesse (Ueber Endometritis in der Gravidität), par EMANUEL et WITTKOWSKY. *Zeitschr. f. Geburtshülfe und Gynäkologie*, Stuttgart, 1895, t. XXXII, p. 98.

1° EMANUEL reprend l'histoire de la malade, dont il a antérieurement parlé dans le *Centralblatt* (premier cas). Depuis sa fausse couche, cette malade avait toujours été bien, à part quelques pertes blanches qui diminuaient par moments, sans cependant jamais cesser complètement. En juillet de cette année, elle se présente de nouveau à la clinique de Veit, enceinte de quatre mois, se plaignant de pertes sanguines modérées, qui s'arrêtent par moments complètement. Elle n'a été examinée par personne jusqu'ici. L'examen bimanuel montre un utérus très mou, sans particularités. Malgré le repos au lit, elle fait deux jours plus tard une fausse couche.

L'examen macroscopique montre des altérations inflammatoires de la caduque vraie et réfléchie. Il existe un épaississement de la caduque vraie qui atteint 2 centim. et donne une sensation de friabilité. La caduque réfléchie, qui normalement mesure à peine 1 millim. d'épaisseur, est très notablement augmentée. Ce qui frappe, c'est la couleur jaune intense de ces caduques, couleur qui fait penser à une formation de pus. En aucun point il n'y a de mortification des tissus. La sérotine est moins épaissie, mais elle présente aussi une coloration jaune intense.

L'examen microscopique montre une infiltration de la caduque par de petites cellules rondes identiques aux corpuscules du pus. Ces cellules sont surtout accumulées dans la couche superficielle de la caduque. Leur infiltration diffuse est probablement la cause

de la coloration jaunâtre. Les mêmes altérations microscopiques se retrouvent dans la caduque réfléchie et dans la sérotine, mais il n'y a pas de propagation au chorion.

Par la méthode de Gram-Weigert, on découvre dans ces foyers inflammatoires de nombreux bacilles, de dimensions et de formes variables. Ce qui domine, c'est un bacille presque toujours plus grand que le bacille tuberculeux. En l'examinant attentivement on remarque parfois à sa surface des incisures plus ou moins profondes, ou même une séparation complète en plusieurs bâtonnets, peut-être rattachés par une enveloppe de chitine. Les grands bacilles seraient donc composés de plusieurs bâtonnets, hypothèse d'autant plus plausible que, par endroits, on trouve de petits bacilles libres. Sur certains points on peut voir qu'ils sont entourés d'une auréole très claire. De plus, çà et là sont de petits amas colorés qui pourraient faire croire à la présence de gros cocci ; leur apparence diffuse évoque plutôt l'idée de résidus de destruction cellulaire.

Ces bacilles sont toujours intercellulaires, dans les couches les plus superficielles de la caduque et surtout nombreux à la limite du tissu sain et du tissu infiltré. Dans la plupart des préparations, on trouvait des noyaux cellulaires, colorés par la méthode de Gram-Weigert, bien que les colorations fussent faites au xylol et à l'huile d'aniline. Par la méthode de Gram-Gunther les bacilles sont complètement décolorés.

La maladie semble, d'après Emanuel, devoir être attribuée à ces bacilles. Est-ce toujours le même microbe qui cause l'endométrite de la grossesse ? Non, car la même malade, observée antérieurement (1) avait, lors d'une fausse couche antérieure, des lésions identiques, comme infiltration embryonnaire, de la caduque et il s'agissait de cocci intra-cellulaires et non de bacilles intercellulaires. Des causes variables peuvent donc produire les mêmes effets.

Comment ces microbes ont-ils pénétré dans la caduque ? Etant donné que la malade avait toujours présenté des pertes blanches, on peut penser à une persistance des lésions de l'endométrium et à la fixation de l'œuf sur une muqueuse malade. L'endométrite chronique préexistante aurait subi une poussée aiguë par le fait de la grossesse.

---

(1) Voir plus haut, p. 328, premier cas du mémoire.

2° Wittkowsky, recueillant le délivre avec des précautions aseptiques a ensemencé des fragments de caduque dans des tubes d'agar. Le lendemain s'étaient développées des colonies circulaires, épaisses, succulentes, de couleur brun clair, avec des bords plus clairs, estompés à la lumière réfléchie, incolores et blanc laiteux à la lumière transmise. Il s'agit d'une culture pure d'une seule espèce de bacilles très courts, d'épaisseur moyenne, arrondis à leur extrémité.

Au bout de trois ou quatre jours, sur l'agar ou la gélatine on a de nombreux filaments. Pas de coloration par le Gram, pas de mobilité, examinés en gouttes suspendues. La coloration par la méthode de Löffler fait constater la présence d'une capsule très nette, limitée par une ligne très délicate, nettement colorée. S'agit-il d'une véritable capsule ou d'une coloration plus intense de la membrane cellulaire du microbe ? Wittkowsky se contente de noter la particularité. Pas de spore.

Ce microbe pousse plus vite à 37° qu'à la température de la chambre. Dans l'étuve, la culture est développée au bout de sept heures tandis que dans la gélatine il faut, pour qu'elle apparaisse, vingt-quatre heures. Il n'y a pas de liquéfaction de la gélatine.

Le bouillon est d'abord troublé, puis il se fait un dépôt. Sur pomme de terre on a, après quarante-huit heures, une culture dont le centre est d'un rose très net. Aucune odeur. Pas de coagulation du lait, mais acétification de ce liquide. Fait fermenter le suc de raisin. La réaction indol-nitreuse est négative.

Le microbe est pathogène pour la souris blanche. Il n'y a pas d'inflammation, ni de suppuration au point d'inoculation, mais l'ensemencement du sang ou des viscères donne le microbe à l'état de pureté.

C'est, en somme, un microbe très analogue au coli-bacille, mais qui s'en distingue par la coloration rosée de sa culture sur pomme de terre, par l'absence de la réaction de l'indol, et de la coagulation du lait, par l'existence d'une zone colorée autour de chaque bacille. H. H.

Considérations générales sur l'étiologie de l'endométrite gravidique (Allgemeine über die Ætiologie der Endometritis in der Gravidität), par J. Veit. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. XXXII, Hft. 1, p. 111.

Ces considérations générales ont été suggérées à l'auteur par

les résultats des recherches bactériologiques d'Emanuel et Wittkowsky. Du fait, que, chez la même femme, on trouva, à l'occasion de deux avortements, dans la caduque, la première fois des *cocci* et la deuxième fois des bacilles, l'auteur conclut : *les causes les plus diverses peuvent être l'origine de l'endométrite gravidique ; il n'existe pas de microbe spécifique de cette endométrite, laquelle est toujours secondaire*, c'est-à-dire, qu'il y a toujours *endométrite antérieure à la grossesse.*

Incidemment, il dit à propos de l'endométrite envisagée en général : « Il faut séparer encore plus nettement que ne l'a fait Runge (1) a) les formes *glandulaires b*) les formes *interstitielles.*

Cliniquement, elles ont peu de chose de commun, et, au point de vue étiologique, elles s'écartent beaucoup les unes des autres. Ce que Runge a dénommé variété mixte, glandulo-interstitielle, me paraît correspondre à une endométrite interstitielle développée sur un épithélium altéré primitivement dans ses éléments glandulaires. Je suis plus disposé à voir dans la forme glandulaire un processus hyperplasique de la muqueuse, dont les causes me paraissent être des irritations agissant indirectement sur l'endométrium (onanisme, excitations sexuelles, processus psychiques, maladies des ovaires, etc.). Par contre, je vois l'origine de la variété interstitielle dans l'infection etc.

D'autre part, l'observation clinique, sans qu'il me soit possible de fournir une démonstration formelle, m'a montré que l'endométrite glandulaire ou hyperplasie glandulaire de l'utérus, entraîne beaucoup plus souvent la stérilité que l'interstitielle ».

Comme on accorde une influence étiologique prépondérante à la gonorrhée, on est trop enclin à ne considérer comme nocif que le gonocoque. Et cependant, on sait bien que les infections mixtes sont plutôt fréquentes, de sorte qu'on serait plutôt conduit à admettre comme très vraisemblable que l'urèthre mâle aussi bien que l'endométrium, quand ils ont déjà subi l'infection gonoccique sont beaucoup plus accessibles que la muqueuse saine à l'action pathogène d'autres micro-organismes » ; c'est-à-dire, que des germes multiples peuvent, dès lors, utiliser à leur profit l'épithélium affaibli comme terrain de culture. R. LABUSQUIÈRE.

---

(1) *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. V, p. 317.

BIBLIOGRAPHIE

Résultats de l'examen de dix mille observations de hernies, par PAUL BERGER.

M. le professeur Berger a communiqué au dernier Congrès français de chirurgie cet important travail, résultat de ses observations recueillies pendant quatre années au Bureau central des hôpitaux de Paris.

Cette statistique, la plus considérable de celles qui ont été publiées jusqu'à ce jour, est le résultat d'observations absolument personnelles ; tous les malades ont été examinés par l'auteur lui-même, et il a tenu note de toutes les particularités que présentait chaque cas étudié.

L'ouvrage est divisé en quatre parties : dans la première, M. Berger examine la fréquence de la hernie dans les deux sexes ; dans la seconde, il étudie les relations de la hernie avec l'âge de ceux qui la portent ; la troisième renferme l'étude des conditions étiologiques qui ont une influence manifeste sur le développement des hernies ; enfin, dans la quatriène, l'auteur passe en revue les complications et accidents des hernies qui s'étaient antérieurement produits, ou qui existaient chez les malades soumis à son intervention.

La considération de ces documents l'amène ensuite à poser des conclusions sur les dangers auxquels exposent les hernies et sur les déductions que l'on peut en tirer au point de vue des indications de l'opération de la cure radicale. Enfin, il montre les dissidences qui existent entre ses résultats et ceux, souvent même contradictoires, de ses prédécesseurs, et en indique les raisons.

Considérations pratiques sur l'hystérectomie vaginale (Consideratiun practice asupra isterectomici vaginale, résultatul a 30 operatiuni,) par DRUGESCU, Bucuresci, 1894.

Traitement opératoire de la cystocèle vaginale (Sulla cura operatoria del cystocele vaginale), par FRANCESCO VILLA, Milano 1895.

Deciduoma malignum (Extrait de *The John Hopkins hospital reports*), par J. WHITRIDGE WILLIAM. Baltimore, 1895.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Ashby. The Dangers of Delay in Dealing With Pus in the Pelvis. *Am. J. of. Obst.* Mars 1896, p. 348. — **Blake**. Cases of interest from the summer gynecological service at the Boston City Hospital. *The Boston Medical and Surgical Journal*, 12 décembre 1895, t. II, p. 585. — **Bousquet** (H.). Compte-rendu des opérations pratiquées à la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand. *Le Centre méd. et pharmaceutique*, janvier 1896, p. 146. — **Donnart**. *Quelques considérations sur la menstruation d'après les observations faites dans le sud-ouest de la France.* Thèse de Bordeaux 1895-1896. — **Eggers**. A. Review of the Pathology of Dismenorrhœa, *Annals of Gyn. a. Pæd.*, décembre 1896, p. 153. — **Giocinto Vetere**. L'Asportatione dell' Utero ed Annessi Ammalati in rapporto all' isterismo. *La Rassegna d'Ost. e. Ginec.* 1896, nº I, p. 30. — **Godart**. Anomalie tubaire. Trompe ramifiée. *Annales de l'Instit. Ste Anne.* Bruxelles, t. I. p. 154. — **Hertwig** *Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte des Menschen u. der Wirbelthiere.* Iena, 1895. — **Ibordoni** (**Vittorio**). Ooforectomia nelle gravllesione isteriche. *Riforma medica*, Napol, 15 février, 1896, t. I. p. 447. — **Jacobs**. Trompe à deux pavillons (pièce anatomique). *Société belg. de Gyn. et d'Obst.* 1896, nº 2, p. 43. — **Lapeyre** (L.). De l'hydorcèle de la femme. *Gazette de Gynéc.*, janvier 1896, p. 17. — **Lydston Newman** Bicycling, from the Standpoint of the general Practitioner and the gynæcologist. *Annals of. Gynæ. a. Pæd*, décembre 1895, p. 133. — **Mouchet** (A.). Aménorrhée jusqu'à 45 ans. *La Semaine Gyn.*, 1896, nº 3, p. 3. — **Otto Engström**. Uberzählige Ovarien. *Monattschr. f. Geb. u. Gyn.* 1896, Bd. III, Hft. I, p. 13. — **Peters**. Incarceration einès, Col tapiroide in einem Schatz'schen Schalenpesar. *Monattschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. III, Hft. 2, p 131. — **Pichevin** et **Petit**. De l'infection péritonéale chirurgicale, et en particulier après les interventions sur les organes génitaux internes. *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, décembre 1895, p. 441. — **Polk**. Vaginal versus abdominal Section in Diseases of the Female Pelvic Organs. *Med. News*, janvier 1896, p. 2. — **Schwerdt**. Enteroptose und intra abdominaler Druck. *Deutsch medecin. Wochenchr.*, janvier 1896, p. 53. — **Vos**. Etude de l'innervation de l'utérus à l'aide de la méthode de Golgi. *Ann. de l'Instit. Ste Anne*, Bruxelles, 1896, t. I, p. 157. — **Walcher**. Principielles über das Legen der Nahte bei plastischen Operationen. *Cent. f. Gyn.* 1896, nº 10, p. 269.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Ahlfeld** et **Vahle**. Die Bedeutung des Chinosals als Antisepticum. *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 9, p. 235. — **Auvard**. De la dilatation de l'utérus. *Archives de Gyn. et d'Obst.* 1896, nº 1, p. 43. — **Auvard**. Injections vaginales et rectales. *Arch. de Tocol. et de Gyn.* 1896, nº 2, p. 122. — **Belin**. De la laparatomie. *La chirurgie pratique*, février 1896, p. 1. — **Daniel**. De quelques applications de l'électricité à la gynécologie et spécialement de l'électrolyse des métaux oxydables. *Arch. de Gyn. et de Tocologie*, 1896,

nº 2, p. 81. — **Leder**. Dix-huit mois de massage gynécologique à la Clinique du docteur Auvard. *Arch. de Gyn. et de Tocol.*, 1896, nº 2, p. 104. — **Mendes de Léon**. On pessaries. *The American Journal of. Obstetric*. New-York, février 1896, p. 215. — **Rossa**. Zur operativen Therapie bei Gynatreisen *Cent. f. Gyn.* 1896, nº 6, p. 145. — **Schaeffer** Ein neues Hämostaticum für Gynakologen u. Geburtshelfer, das Ferripyrin. *Cent. f. Gyn.* 1876, nº 2, p. 37. — **Pellerin** (H.). *Bourrage du vagin par les tampons glycérinés (columnisation des Américains.)* Th. de Paris 1895-1896, nº 158. — **Witte**. Zur Frage des Chinosols. *Cent. f. Gyn.* 1896, nº 9, p. 233.

VULVE ET VAGIN. — **Barton Cooke Hirst**. Colpocleisis. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, février 1896, p. 228. — **Bidone**. Rabdomiomi (sarcomes) primitifs du vagin. *Rassegna d'ostetrica e ginecologia*, juillet 1895, p. 410. — **Cottrell**. Anterior colpotomy. *Boston med. and surg. J.*, 1895, T. I, p. 285. — **Cumstons**. On Primary Malignant Tumors of the Clitoris. *Annals of Gyn. a. Pæd.*, février 1896, p. 263. — **Lenger**. Absence totale du vagin. Hématometrie. Création d'un vagin artificiel, guérison. *Annales de la Société Belge de Chirurgie*, 1896, p. 396. — **Martin**. Anterior colpotomy. *The Britisch Medical Journal*. Londres, 4 janvier 1896, t. I, p. 10. — **Monod** (E.). Leucoplasie vulvo-vaginale et cancroïde. *Annales de la policlin. de Bordeaux*, 1896, nº 30, p. 220. — **Peters**. Zur Operation der primaren Vaginal Carcinome *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 7, p. 177. — **Reubeska**. Ein Fall von Sarkom der Scheide bei einer Erwachsenen. *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 5, p. 113. — **Theihalber**. Ulcus rotundum simplex vaginæ. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. III, Hft. 2, p. 121. — **Wendeler**. Ueber die Colpotomia anterior u. ihre Erfolge. *Berl. Klin. Wochensch.*, 1896, nº 2, p. 35. — **Zweigbaum**. Ueber die Cysten der Scheide. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. III, Hft. I, p. 21.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS. PÉRINÉORRHAPHIE. — **Belin** (R.). Gastro-Hystéropexie abdominale au cours de la grossesse. *La chirurgie pratique*, janvier 1896, p. 6. — **Boari**. Quattro ventrofissazioni e due operazioni su legamenti rotondi per vizio di posizione dell'utéro. *La Rassegna d'Ost. e Ginecol.*, 1896, nº 3, p. 136. — **Boode**. Intraperitoneale Verkürzung der Ligamenta rotunda zur Heclung der Retroflexio uteri mittels Laparotomia vaginalis anterior. *Cent. f. Gyn.*, 1186, nº 13, p. 357. — **Bünting**. Ein Fall von Inversio uteri completa in der Landpraxis. *Deutsch. medicinische Wochenschr.*, 1896, nº 7, p. 108. — **Byford**. Operation for Retroversions. *Medicine*, février 1896, p. 108. — **Casariego** (J.). Prolapso completo del utero. Histeropexia. Curacion. *Anales Obst., Ginec. y. Pæd.*, janvier, 1896, p. 13. — **Fraisse**. Colpotomie antérieure et vagino-fixation. *Gazette de Gynécol.*, mars 1896, p. 81. — **Frank**. Results of Five-Years Experience with Intra-abdominal Shortening of the Round Ligaments. *Am. J. Obst.*, mars 1896, p 377. — **Hirt**. *Beitrag zur Beurtheilung der Alexander'sche Operation aus der Breslauer Frauenklinik*. Breslau, 1896. — **Jacobs**. De l'hystéropexie vaginale. *Bullet. de la Soc. Belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, nº 2, p. 34. — **Jacobs**. Prolapsus génital. Nouvelle Operation, Collopexie ligamentaire. *Bulletin de la Soc. Belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, nº 2, p. 37. — **Le Dentu**. De la colpohystéropexie antérieure pour le traitement des rétrodéviations de l'utérus. *La Semaine Gynécol.*, 1896,

nº 3, p. 1. — **Libawski**. *Die vaginale Fixatio uteri m. breiter Eröffnung des Peritoneums, an der Hand v. 54 Fallen aus der Breslauer Universitäts-Frauenklinik*. Breslau, 1896. — **Lion**. *Zur chirurgischen Behandlung des Prolapsus uterum. Vaginæ*. Breslau, 1896. — **Schultze**. Einiges über Pathologia und Therapie der Retroflexio uteri. *Monatsschrift f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. III, Hft. 1, p. 1. — **Staude**. Zur Vesicofixatio Uteri. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. III, Hft. 2, p. 94. — **Taylor**. On the Opening of the Abdomen from the Vagina and Vaginal Fixation of the Uterus. *British Med. J.*, janvier 1896, p. 79. — **Walton**. A propos d'hystéropexie intempestive. *Bullet. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, nº 2, p. 33. — **Wertheim**. Neue Methoden der vaginalen Antefixatio uteri. *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 10, p. 265.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Ballantyne** (**J. W.**). Curettage of the uterus; history, medications and technique. *Edinb. med. J.*, 1896, t. I, p. 796 et 908. — **Bloom**. Uterine lesions and dermatoses. *Med. Standard*, février 1896, p. 41. — **Boije**. Beitrag zur Atiologie u. zur Nature der Endometritis. *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 10, p. 271. — **Douriez**. *Remarque sur le traitement actuel des métrites*. Th. de Paris, 1895. — **Fié**. *Étude sur une complication rare du curettage de l'utérus* (rhumatisme blennorrhagique). Thèse de Paris. Ollier-Henry, 1895-1896. — **Goebel**. Der Baktereingehalt der Cervix. *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 4, p. 84. — **Gottschalk et Immerwahr**. Ueber die im weiblichen Genitalcanale vorkommenden Bakterienin ihrer Beziehung zur Endometritis. *Arch. f. Gyn.*, Bd. I, Hft. III, p. 406. — **Jacobs**. The operative Technique of vaginal Hysterectomy. *The Amer. Gyn. a. Obst. J.*, mars 1895, p. 281. — **Jayle**. Curettage et infection. *Presse médicale*, 1896, p. 148. — **Masse**. Métrorrhagie des femmes âgées. *Gazette hebd. des Scienc. méd. de Bordeaux*, février 1896, p. 61. — **Patru**. Réflexions sur le curettage dans les suites de l'avortement. *Revue médicale de la Suisse romande*. Genève, 20 janvier 1896, p. 5. — **Pinna Pintor**. Sulle Alterazioni della mucosa dell'utero nei processi infiammatori cronici. *Rejista di Ost. Ginec. e Pediat.*, janvier 1896, p. 16. — **Pichevin et A. Petit**. Métrorrhagies et lésions vasculaires de l'utérus. *Gaz. méd. de Paris*, 1895, p. 557. — **Pryor**. The anatomy of the endometrium and the technique of its removal by curettage. *The American gynecological and obstetrical Journal*, New-York, t. I, p. 10. — **Richard d'Aulnay**. Traitement des métrites cervicales par le bain glycériné local et consécutivement par la compression ouatée. *Archiv. de Gyn. et d'Obst.*, 1896, nº 1, p. 36. — **Ries**. Ichthyosis Uteri. *Medic. Standard*, février 1896, p. 36. — **Russell**. Trachelorrhaphy. *Annals of Gyn. a Pæd.*, décembre 1896, p. 169. — **Thiébaut**. Tuberculose utérine et salpingite tuberculeuse. *Ann. de l'Inst. Sainte-Anne*, Bruxelles, t. I, p. 176.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Aubeau**. Volumineux fibrome utérin. Kyste uniloculaire de l'ovaire gauche, contenant onze litres de liquide. Kyste mésentérique contenant quatre litres de pus. Hystérectomie abdomino-vaginale. Ovariotomie, etc. *Bulletin de la policlinique de l'hôp. International*, janvier 1896, p. 2. — **Aubry**. Du sarcome diffus de la muqueuse utérine. Th. de Paris, 1895-1896, nº 199. — **Auscaler**. *Contribution à l'étude du traitement électrique des fibromes utérins*. Th. Paris, 1896. — **Beyea**. Malignant adenoma of the corpus uteri and its diagnosis. *The american Journal of obstetrics*.

New-York, février 1896, p. 196. — **Biermer.** Ein Fall von Luftembolie im Anschlus andie Enukleation eines Myom. *Cent.f. Gyn.*, 1895, nº 10, p. 274. — **Chevalier.** Fibrome de l'utérus enclavé dans le petit bassin. Hystérectomie abdominale. Mort. *Annales des maladies des organes génito-urinaires.* Paris, février 1896,p. 97. — **Christophe Martin.** On panhysterectomy. *Edinb. med. Journ.*, mars 1896, p. 825. — **Chrobak.** Beitrag zu Kenntnis und Therapie der Uterusmyome. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn*. 1896, Bd. III, Hft. 3, p. 177. — **Cushing.** Vaginal Hysterectomy for Pyo-Salpinx and for Uterine Myomata. *The Boston Med. a. Surg. J.*, janvier 1896, 77. — **Defontaine.** Hystérectomie abdominale totale pour fibro-myômes. Cinq cas, cinq guérisons. *Archives provinciales de chirurgie.* Paris, janvier 1896, p. 1. — **Delétrez.** Du traitement chirurgical des fibromes utérins. *Bulletin de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, nº 2, p. 41 — **Demons.** Cancer de la muqueuse du corps utérin. *Gazette hebd. des Sc. méd.*, mars 1896, p. 112. — **Dorff.** Du traitement du fibrome utérin. *Société belge de Gynéc. et d'Obst.*, 1896, nº 1, p. 6. — **Dorff.** Fibrome utérin. Pièce anatomique. *Soc. belg. d'Obst. et de Gyn.*, 1896, IV, I, p. 11. — **Dorff.** Ligature d'un uretère au cours d'une cœliomyotomie. *Bullet. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, nº 3, p. 47. — **Engelmann.** Vaginal Hysterectomy. *The Boston Med. a. Surg. J.*, janvier 1896, p. 82. — **Fabricius.** Ueber Cysten an der Tube, am Uterus und dessen Umgebung. *Arch. f. Gyn.*, Bd. L. Hft, III, p, 385. — **Fernando Mendez.** Dos histerectomias vaginale. *El progresso Medico et Anales de Obstet., Gynec. y Pediatria*, janvier 1896, p. 11. — **Griesse (M.).** *Contribution à l'étude des occlusions intestinales post-opératoires consécutives à l'hystérectomie vaginale.* Th. de Paris, 1895-1896, nº 159. — **Griffith.** The early diagnosis of cancer of the uterus. *British medical Journal*, Londres, février 1896, t. I, p. 264. — **Heinrich Schultz.** Ueber die palliative Behandlung des Gebärmutterkrebses mit Alkoholinjectionen. *Wien. med. Presse,* 1896, nº 3, p. 98. — **Irish.** Vaginal Hysterectomy for Pyo-Salpinx and for Uterine Myomata. *The Boston Med. a. Surg. J.*, janvier 1896, p. 82. — **Jacobs.** A propos de la modification apportée par M. Rouffart à la technique de l'hystérectomie vaginale. *Bullet. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, nº 2, p. 39. — **Jacobs.** Résultats cliniques de 500 hystérectomies vaginales. *Bulletin de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, nº 3, p. 61. — **James Evans.** Simultaneous appearance of cancer in Breast and uterus. *The American gynecological and obstetrical Journal*, New-York, janvier 1895, t. VI, p. 68. — **Janvrin.** The Ultimate Results in My own Experience of Vaginal Hysterectomy for Cancer Originating in the Cervix Uteri. *Med. News*, février 1896, p. 225. — **Johnson.** Seventeen cases of hysterectomy by the « Baer method » with remarks. *The american gynecological ana obstetrical Journal*, New-York, janvier 1896, t. II, p. 16. — **Knoweley Thornton.** The early diagnosis of malignant disease of the uterus and the treatment by partial or total excision. *British medical Journal*, Londres, 1er février 1896, t. I, p. 261. — **Krafft-Ebing.** Ueber die palliative Behandlung der Gebärmutter-krebses mit Alkoholinjectionen. *Wiener Mediz. Presse,* janvier 1896, p. 7. — **Landau.** Bemerkungen zur Sanger's Vortrag : Zur Doyen'schen Methode der Hysterectomia vaginalis. *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 9, p. 237. — **Lewers (Arthur H. N.).** A case of double Uterus with sulumcous fibroid tumour. *Lancet*, London,

1896, t. I, p. 754. — **Marquez**. Tumor fibro quistico del utero operato por la via abdominal. *Revista medica de Bogota*, 1er juin 1894, p. 13.- **Max Voigt**. Ueber Drüsenbildung in Myomen. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1895, Bd. III, Hft. 1, p. 9. — **Price**. Some methods in hysterectomy. *The American Journal of obstetrics*, New-York, février 1896, p. 183. — **Quénu**. Hystérectomie vaginale dans le traitement des fibromes. *Semaine gynécol.*, 10 mars 1896, p. 41. — **Richardson**. A large Uterine Fibroid Complicated by Stone in the Bladder; Abdominal Hysterectomy and Litholapaxy ; Recovery. *The Boston med. a. Surg. J.*, décembre 1895, p. 619. — **Ricker (G)**. Beiträge zur Aetiologie der Uterus Geschwülste. *Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, CXLII, 2, 1895. — **Truzzi**. Per la tecnica della isterectomia totale abdomino-vaginale. *Annali di Ost. e Ginec.*, Milano, janvier 1896, p. 18. — **Vos**. Fibrome, myôme, myxome et épithéliome sur le même utérus. *Ann. de l'Inst. St.-Anne*. Bruxelles, t. I, p. 170.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES. AFFECTIONS NON NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES. DÉPLACEMENT DES ORGANES PERI-UTERINS. — **Bouilly**. Note sur la pathogénie des affections péri-utérines. *La Semaine Gynéc.*, 1896, n° 1, p. 1. — **Delore**. Note critique sur l'hématocèle. *Lyon médical*, 1896, n° 11, p. 355, 399. — **Frank**. Case Illustrating Various Pathological Stages in Inflammatory Pelvic Disease. *Med. News*, février 1896, p. 238. — **Garceau**. A Case of Pelvic Cellulitis with Abscess ; Miscarriage, Pyemia, Celiotomy, Death. *The Boston Med. a. Surgical J.*, mars 1896, p. 260. — **Gersuny**. Eine Operation des Tubenverschlusses. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 2, p. 35. — **Harris**. Undescended ovary and tube with purulent sactosalpinx. *Med. Standard*, février 1896, p. 42. — **Heydenreich**. Pyosalpinx tuberculeux avec lésions caractéristiques. *Revue médicale de l'Est*, 1896, p. 113. — **Jos-Godart**. Pseudo-tumeur de la trompe. *Ann. de l'Inst. Ste-Anne*. Bruxelles, t. I, p. 167. — **Mills (A.)**. Psoïtis ancien compliquant une salpingectomie simple. Recherches bactériologiques. *Bull. de la Soc. Belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, n° 2, p. 33. — **Polk**. Surgical treatment of suppurative disease of the appendages. *The American gynecological and obstetrical Journal*, New-York, janvier 1896, t. I, p. 1. — **Richard-Douglas**. Acute peritonites. *The Americam gynecological and obstetrical Journal*. New-York, janvier 1895, t. VI, p. 57. — **Roger**. Abcès streptococcique du foie consécutif à une tumeur inflammatoire tubo-ovarienne. *Presse médicale*, 22 janvier 1896. — **Sänger**. Uber Descensus und Pelvifixura ovariarum, *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 9, p, 241. — **Sippel**. Zur Kenntnis der septischen Peritonitis. *Cent. f. Gyn.*, n° 12, p. 317. — **Wilson (R.)**. A case of Abscess of Ovary. *Am. J. of obst.*, mars 1896, p. 382.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PERI-UTERINS. OVARIOTOMIE. — **Binaud**. Cancer primitif de l'ovaire droit avec ascite chez une jeune jeune fille de 17 ans. *Gazette hebdomadaire des Sc. Médicales de Bordeaux*, 1896, p. 95. — **Boldt**. Peritonitis, hervorgerufen durch Ruptur eines Ovarialhämatoms *Wien. Medizin. Presse*, 1895, n° 52, p. 1979. — **Bœckel (J.)**. Kyste ovarique suppuré chez une femme de 73 ans. Ovariotomie avec résection intestinale. Gangrène d'une portion de la vessie. Deuxième laparotomie et suture de la vessie. Fistule. Autoplastie quatre mois plus tard.

Guérison. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1896, p. 25. — **Breffeil**. *Contrib. à l'étude de la cœliotomie vaginale postérienre appliquée à l'ablation unilatérale des annexes.* Thèse de Bordeaux, 1895, 1896. — **Bumm.** Uber Ovariotomie von der Vagina aus. *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 12. p. 313. — **Burrage**. Notes on Operations on the Ovaries and Tubes through a Vaginal Incision into the Posterior Cul-de-sac. *The Boston Med. a. Surg. J.*, janvier 1896, p. 108. — **Cocard.** *Les traitements des kystes de l'ovaire.* Thèse de Paris, 1895-1896, nº 210. — **Cortiguera (J.).** Quiste parovarico voluminoso. Diagnostico difficil. Torsion del pediculo. Laparotomia. Curacion. *La Regeneracion Medica* et *Anales obst., Ginecop. y pediatra*, janvier 1896, p. 10. — **Cortiguera.** Sarcoma del parovario. Peritonites subaguda ; laparatomia, etc. *Anales de Obst. Ginecopatia y pediat.*, mars 1896, p. 65. — **Curgenven** et **Sharpe.** Intestinal Obstruction to Ovarian Tumour. *The Lancet*, janvier 1896, p. 162. — **Depage.** Traitement des kystes du ligament large. *Bulletin de la Société belge de Chirurgie*, 1896, p. 398. — **Dumont-Leloir.** Enorme kyste multiloculaire de l'ovaire. Ovariotomie. Guérison. *Archives de Gynéc. et de Tocologie*, 1896, nº 1, p. 30. — **Harrisson Cripps.** Therteen cases of strangulated ovarian cysto. *The Lancet*, 15 juin 1896, t. I, p. 408. — **Jezierski**. Kyste prolifère papillaire de l'ovaire. Ovariotomie. Résection du mésentère, de l'S iliaque et du côlon descendant sur une grande étendue. Guérison. *Pazeglad Chirurgiczny*, Warszawa, 1896, fasc. I. — **Godart.** Kyste papillomateux du ligament large. *Bull. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1896, nº 3, p. 58. — **Jos-Godart.** Papillome de l'ovaire. *Ann. de l'Institut Ste-Anne.* Bruxelles, 1896, t. I. — **Lohlein.** Doppelseitige Ovarialkystome bei drei Schwestern. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. III, Hft. 2, p. 91. — **Masqueray.** *Etudes sur les kystes hydatiques du mésentère et des mésocolons.* Thèse de Paris, 1895-1896, nº 110. — **Van Hassel.** Péritonite tuberculeuse. Sarcome primitif des deux ovaires. *Soc. belge d'Obst. et de Gyn.*, 1896, nº 1, p. 19. — **Wendeler.** Ueber einen Fall von Peritonitis chronica productiva, myxomatosa nach Ruptur enes Kystadenoma Glandulare Ovarii. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. III, Hft. 2, p. 186.

ORGANES URINAIRES. — **Baigue.** *Des fistules uretéro-vaginales.* Thèse de Paris, 1895-1896. — **Baury.** *Contribution à l'étude des fibromyomes périuréthraux chez la femme.* Th. de Paris, 1895-1896, nº 103. — **Bradley.** Urethral Hemorrhagie Hœmophilia. *Med. News.* janvier 1896, p. 15. — **Cestan.** Des fistules uretéro-vaginales post-opératoires et de leur traitement. *Gazette hebdomadaire.* 1896, p. 181. — **Cumston (Charles Greene).** Lumbar nephrotomy in America due to uterine cancer. *Boston med. and. surg. J.* 1896, t I, p. 286. — **Roncaglia.** Delle cisti dell'uretra e dei canali uretrali nella donna. *Annali. di Ostetricia e ginecologia*, 1885, p. 231. — **Rubeska.** Howard A. Kelly und seine Erfindungen aufdem Gebiete der Harnkrankheiten. *Cent. f. Gyn.*, 1896 nº 4, p. 92. — **Tod Gilliam.** An operation for the cure of incontinence of urine in the female. *The American Journal of obstetrics.* New-York, février 1896, p. 177. — **Witzel.** Extraperitoneale Ureterocystostomie mit Schrägkanalbildung. *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 11, p. 289. — **Ziemacki.** A propos de l'opération des fistules vésico-vaginales, *Przeglad chirurgiczny*, Warszawa, 1896, fascic I.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Baldy.** Embolism complicating Abdominal Section. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, mars 1896, p. 321. —

Blondel. Du choix de la voie opératoire dans les affections abdominales d'après les chirurgiens américains. *Revue de thérap. médico-chirurgicale*, mars 1896, p. 131. — **Byford.** Drainage in Peritoneal Surgery, *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, mars 1896, p. 290. — **Dauriac.** *Traitement chirurgical des hernies de l'ombilic et des éventrations.* Th. de Paris, 1895-1896, n° 168. — **Fort.** Grossesse extra-utérine datant de huit, ans. Laparotomie. Guérison rapide. *Gazette des Sc. méd. de Bordeaux*, 1896, n° 12, p. 136. — **Johnson.** Two Cases of Laparotomy. *The Boston med. and. Surg. J.*, février 1896, p. 189. — **Knowsby Thornton.** The lines of advance in abdominal Surgery. *British med. J.*, février 1896, p. 513. — **Lapthorn-Smith.** Six années d'expérience en chirurgie abdominale avec résultats ultimes et immédiats. *Union médicale du Canada*, Montréal, 1896, t. I, p. 146. — **Long.** Vaginal incision and drainage. *The American gynæcological and obstetrical Journal*, New-York, Jame 26, t. I. p. 24. — **Nicholas Peen.** The Indications and Modes of Drainage after abdominal and vaginal section. *The Amer. Gyn. a. Obst. J.*, mars 1896, p. 290. — **Trèves.** A group of twenty seven abdominal operations. *The Lancet.* Londres 4 janvier 1896, t. I, p. 15. — **Watkins.** Drainage in Abdominal Surgery *The Am. Gyn. a. Obst.*, *J.* mars 1896, p. 295. — **Weller van Hook.** The Advantages and Technique of Capillary Abdominal Drainage. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, mars 1896, p. 304. — **Wieth.** Extensive. Laceration of the Abdominal Wall by a Bull's Horn; Extrusion of the Intestines, operation. Recovery, *Med. News*, janvier 1896, p. 14.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Andrew F. Currier.** The position or Posture of the Patient during Parturition with special Reference to the Merits of the Walcher Position. *Med. News*, mars 1896, p. 261. — **Barbour.** The third Stage of Labour. *British med. J.*, février 1896, p. 526. — **Fabre.** De la descente sus-pelvienne de la tête dans les présentations du sommet pendant le dernier mois de la grossesse. *Lyon médical*, 1896, n° 10, p. 329. — **Freeman.** Subcutaneous Emphysema occurring during Labour. *The Lancet*, mars 1896, p. 705. — **Karl A. Herzfeld.** Ueber die Behandlung der Vorderscheielagen. *Die Cent. f. die Gesammte Therapie*, mars 1896, p. 129. — **Stanley.** Plans for Delivery of Occipito-posterior Positions. *Am. J. of Obst.*, mars 1896, p. 365.

ANATOMIE, BACTÉRIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Eggeling.** *Die Dammuskulatur der Beuteltiere.* Heidelberg, 1895. — **Peters.** Ein Beitrag zur Lehre des coxalgischen Beckens und der Synostose des Ileosacralgelenkes. *Arch. f. Gyn.*, Bd. L, Hft. III, p. 433. — **Polimanti** et **Sapelli.** Sul Ricambio Materiale nella Granidanza. *Rivista di Ost., Ginecol. e Pædiatria*, 1896, n° 2, p. 33. — **Schæffer.** Experimentelle Untersuchungen über die Wehenthätigheit des menschlichen Uterus, angestellt mittels einer neuen Pelotte und eines neuen Kymographian. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 4, p. 85. — **Ulesko-Straganona.** Beiträge zur Lehre vom mikroskopischen Bau der Placenta. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. III, Hft. 3, p. 207.

DYSTOCIE. — **Cianciosi** (A.). Distocia in primipara per Colpostenosi doppia congenita. Elitrotomia. Applicazione di Forcipe. Feto vivo,

puerperio regolare. *Rassegna d'Ostet. e Ginec.*, 1896, n° 2, p. 83. — **Eugen Steltner**. Ein Geburtsfall bei kyphotischem Becken mit hochgradigem Hängebauch bei einer Primipara. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 7, p. 183. — **Gautrelet**. *Contribution à l'étude de l'accouchement dans les malformations utérines; 43 observations recueillies depuis 1893 à la clinique Baudelocque.* Thèse de Paris, 1895. — **Giulio Cesare Furitano**. Contributo alla Casuistica del Cancro della Portio in utero gravido. *Rassegna d'Ostet. e Ginec.*, 1896, n° 2, p. 71. — **Gampert**. Fracture du fémur pendant l'extraction d'un enfant se présentant par le siège. *Revue médicale de la Suisse romande.* Genève, 20 janvier 1896. — **Jacob Frank**. A Pregnant Uterus complicated with Fibroid; Induced Abortion and Self-Delivery of Tumour through the Abdominal Wall. *Annals of Gyn. a. Pæd.*, décembre 1896, p. 140. — **Neumann**. Dystokie in Folge abnormen Vergrösserung der kindlichen Bauches. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. III, Hft, 3, p. 243. **Pollosson**. Grossesse; fibrome utérin; operation de Porro. *Lyon médical*, février 1893, p. 236. — **Wilh. Rühl**. Uber die Behandlung der Geburtsstorüngen nach vaginaler Fixation. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 6, p. 147.

GROSSESSE. — **Fabre**. De la descente suspelvienne de la tête dans les présentations du sommet pendant le dernier mois de la grossesse. *Lyon médical*, 1er mars 1896, p. 292. — **Hern (Salomé)**. *De la grossesse imaginaire,* Th. de Paris, 1895-96, n° 193. — **Murdoch Cambron**. A new Theory as to the Position of the Fœtus in Utero. *British med. J.*, février 1896, p. 525. — **Strassmann**. Zur Kenntniss des Schwangerschaftsund Geburtsverlaufes bei antefixirtem Uterus. *Arch. f. Gyn.*, Bd. L, Hft. III, p. 473. — **Teuffel**. Beitrag zur Lehre von der Schwangerschaft bei abnorm fixierten Uterus. *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. III, Hft. 3, p. 240. — **Wertheim**. Uber Verlauf von Geburt und Schwangerschaft bei Vaginofixirtem Uterus. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 2, p. 25.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Archibald Donald**. Vaginal hysterectomy for myoma of the Uterus. *British. med. J.,* février 1896, p. 522.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Brodier**. De la grossesse tubaire gémellaire. *Semaine gynécol.,* 3 mars 1896, p. 33. — **Cornelius Kollock**. Abdominal Pregnancy. *Medicine*, février 1896, p. 117. — **Donald (A.)**. A case of vaginal Cœliotomy for Tubal Pregnancy. *British Med. J.,* janvier 1896, p. 79. — **Harrison Cripps**. Ten Cases of Operation for Extra-uterin Fœtation. *British med. J.,* mars 1896, p. 779. — **Henry**. A case of extra-uterine pregnancy. *The American gynæcological and obstetrical Journal,* New-York, janvier 1896, t. I, p. 39. — **Hundley**. Two cases of tubal pregnancy, with exhibition of specimens. *The American Journal of obstetrics*, New-York, février 1896, p. 237. — **Otto Engstrom**. Ein Fall interstitieller Tubenschangerschaft. *Cent. f. Gyn.,* 1896, n° 5, p. 122. — **Ross**. Ectopic gestation occuring twice in the same patient. *The American Journal of obstretics*, New-York, février 1896, p. 234. — **Thiébaut**. Grossesse tubaire avortée. Pièce anatomique. *Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1896, n° 3, p. 53. — **Van Hassel**. Grossesse extra-utérine. *Bullet. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.,* 1896, n° 3, p. 54.

NOUVEAU-NÉ. FŒTUS. TÉRATOLOGIE. — **Ballantyne**. Teratogenesis : au inquiry into the causes of monstruosities. *Edinburgh med.*

Journ., janvier 1896, p. 593. — **Bocchini.** Di un Caso di mancaza Congenito della sterno. *Annali di Ost. e G in.*, février 1896, p. 149. — **Carl Weiland.** A case of Congenital Occlusion of the Colon at the Ileocœcal Valve. *Med. News*, janvier 1896, p. 44. — **Cauteley.** A Special Milk for Infants. *The Lancet*, janvier 1896, p. 94. — **Chiavaro** (**A.**). La Cungiuntivite blenorragica congenita e acquisita dei Neonati. *Rassegna d'Ostet. e Ginec.*, 1896, nº 2, p. 87. — **Fox** (**G.**). A Case of Papular Erythema Following Vaccination. *Med. News*, janvier 1896, p. 1. — **Haberda.** *Die fötalen Kreislaufwege des Neugeborenen u. ihre Veränderungen nach der Geburt*, etc., Vienne, 1895. — **Hannebelle.** *Contribution à l'étude de la syndactylie congénitale*, Th. Paris 1896. — **Jordan.** Ueber Ileus verursacht durch den persistirenden Ductus omphalo-mesaraïcus. *Berliner klin. Wochenschr.*, 1896, nº 2, p. 25. — **Langran** (**B.**). Supernumerary Fingers and Malformation of the Fœtal Head. *The Lancet*, mars 1896, p. 619. — **Marjantschilk.** Ein Fall von Laparotomie an einer Neugeborenen wegen Hernia funiculi umbilicas. *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 13, p. 345. — **Palazzi.** Péritonite fetale. *Annali di Ost. e Ginec.*, février 1896, p. 139. — **Thompson** (**John**). A form of congenital thoracic deformity. *Teratologia*, Edinburg, 1895, II, 1. — **Vicarelli.** Di un Caso di espansione sacciforme della vena ombellicale. *Annali di Ost. e Gin.*, févrior 1896, p. 153.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Dawbarn.** A case of symphyseotomy; with Discussion of the Proper Technique in this Operation. *Am. J. of Obst.*, mars 1896, p. 359. — **Remy** (**S.**). A propos de l'accouchement prématuré provoqué. *Revue méd. de l'Est*, février 1896, p. 79. — **Rieppi.** Quattro operazioni complementari di taglio cesareo. *Annali di Ost. e Ginec.*, 1895, nº 12, p. 875. — **Turazza.** Sopra alcuni casi di embriotonia. *Clinica chirurgica*, 1896, p. 41. — **Woyer.** Kasuistischer Beitrag zur Symphyseotomiefrage. *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 4, p. 81.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Apfelstedt** et **Aschoff.** Ueber bösartige Tumoren der Chorionzotten. *Arch. f. Gyn.* Bd. L, Hft. III, p. 511. — **Audebert.** Fœtus momifié retenu deux mois dans l'utérus. *Gazette hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, mars 1896, p. 112. — **Benicke.** *Die Behandlung der Abortes.* Coblentz, 1896. — **Bishop.** A complicated obstetrical case with an unusual etranglement of the cord. *The American Journal of obstetrics.* New-York, janvier 1895, p. 241. — **Bossi.** Utero atrofico e superinvoluzione uterina dopo il parto. *Annali di Ost. e Ginec.* Milano, janvier 1896, p. 29. — **Bué.** Des endométrites gravidiques. *La Presse médicale*, mars 1896, p. 134. — **Cesare Furitano.** Contribuo alla Casuistica del Cancro della Portio in Utero Gravido. *La Rassegna d'Ost. e Gin.*, 1895, nº 1, p. 21. — **Champneys.** Some unusual cases of hydatid mole *The Practitioner*. London, janvier 1896, p. 15. — **Crosti.** Contribuzione allo studion dell aborto di origine ovulare. *Annali di Ost. e Ginec.* Milano, janvier 1896, p. 61. — **Currier.** Supplementary Report of a Case of Puerperal Septicœmia of Prolonged Duration and with Manifold Complication. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, mars 1896, p. 317. — **Decio.** Di un Taglio cesareo conservatore per eclampsia. *Annali di Ost. e Ginec.*; Milano, janvier 1895, p. 53. — **Edward P. Davis.** Post-mortem Cœsarean Section with Delivery of a Living Child. *Med. News.*, février 1896, p. 119. — **Esser.** Ein Fall

von Sectio Cœsarea bei einer übermassig grossen, todtfaulen Missgeburt. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 12, p. 325. — **Fournier.** Accouchement forcé et version pour insertion vicieuse du placenta. *Archives de Gyn. et d'Obst.*, 1896, n° 1, p. 38. — **Griffiths Swayns.** On the treatment of puerperal Eclampsia occuring during Pregnancy and presenting no signs of Labour. *British med. J.*, février 1896, p. 523. — **Hamon.** *Contribution à l'étude du traitement des complications de l'avortement.* Th. Paris, 1896. — **Haultain.** A rare form of abortion, expulsion of the amniotic sac alone. *Edinburgh Medical Journal*, février 1896, p. 700. — **Jaworsky.** Zur Ætiologie und Pathogenese des Kindbettfiebiers. *Wiener Medizin. Presse*, 1896, p. 346. — **Krajenski.** Nouvelle contribution au traitement chirurgical de la rupture de l'utérus pendant l'accouchement. *Przeglad Chirurgicny*, Warszawa, 1896, fasc., 1. — **Lucas.** *Traitement de la délivrance dans l'avortement incomplet.* Th. de Paris, 1895-1896, n° 195. — **Michie.** Pregnancy complicated by suppuration within the Pelvis, with Cases. *Annals of Gynec. a. Pæd.*, décembre 1896, p. 161. — **Morrow (H.).** Liquor Amnii Escaping from an Unoccupied Subdivisio of Fetal Membranes. *The Boston Med. a. Surg. J.*, décembre 1895, p. 621. — **Murphy (J.).** The Surgical Treatment of So-Called Puerperal Fever. *British Med. J.*, janvier 1896, p. 81. — **Nisot.** Diphtérie vagino-utérine puerpérale. Sérothérapie. Guérison. *Sociét. belge de Gynéc. et d'Obst.* 1896, n° 1, p. 3. — **Norris.** Report of a fatal case of submammary abcess. *The American Journal of obstetrics.* New-York, février 1896, p. 230. — **Paton.** Report of a Case of Cœsarian Section. *Pacific med. J.*, décembre 1895, p. 744. — **Ponciano Ibanez y Diaz.** Parto en auto-infection intestinal *Anales de Ostet. Ginec. y Pediatria*, février 1896, p. 33. — **Prichard.** A case of bullet wound of pregnant uterus. *British Medical Journal*, Londres, 8 février 1896, t. I. p. 332. — **Repkewitz.** *Geburten macerierter Früchte.* Königsberg, 1896 — **Reynolds.** A case of spontaneous rupture of the uterus. *The Boston Medical and Surgical Journal*; 16 janvier 1896, p. 62. — **Roland.** Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. *Poitou médical*, 1896, p. 53. — **Rothenberg.** Persistent Vomiting of Pregnancy Due to Old Pelvic Adhesions. *The Cincinnati Lancet-Clinic.*, février 1896, p. 120. — **Schœffer.** Pathologische Wehen und ihre Behandlung. *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 5, p. 115. — **Schwab.** *De la Syphilis du placenta.* Th. de Paris, 1896. — **Sitzinski.** Partus per rupturam perinei centralem. *Cent. f. Gyn.*, 22 février 1895, p. 219. — **Slocum.** Report of a case of cesarean section in a girl sixteen and a half years of age. *The American Journal of obstetrics*; New-York, 26 février, p. 222. — **Southworth.** Eclampsia and cocaïne. *Pacific Medical Journal*, San-Francisco, janvier 1896, t. XXXIX, p. 10. — **Tarnier.** De l'insertion vicieuse du placenta. *Gazette Médicale de Paris*, 4 janvier 1896, p. 1. — **Townsend.** A case of spontaneous rupture of the uterus. *The Boston Medical and Surgical Journal*, 12 décembre 1895, t. II, p. 589. — **Turraza.** Sulla Cura dell' Aborts. *La Riforma medica*, mars 1896, p. 710, 722. — **Tyler.** Puerperal Eclampsia. *Med. Record*, février 1896, p. 191. — **Vicarelli.** Sulla esistenza dei trombi Jalini nei vasi cerebrali del feto e della madre colpita dall' eclampsia puerperal. Ricerche anatomo-pathologische. *Rivista di Ost. Gynec. e Pediatria*, janvier 1896, p. 3. — **Vinay.** Polynévrite consécutive à la grossesse et à l'accouchement. Paralysie des quatre membres. *Nouv. Arch. d'Obst. et*

de Gyn., décembre 1896, p. 463. — **Wells (William (H.)**. A case of secondary post-partum hemorrhage arising from a some What unusual cause. *The Philadelphia polyclinic,* 1896, t. V, p. 83. — **Withington**. A case of tetanus following abortion treated by antitoxin, recovery. *The Boston Medical and Surgical Journal,* 16 janvier 1896, p. 53.

THÉRAPEUTIQUE, ANTISEPSIE ; APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Acconci**. Della asepsie e della antisepsi nel parto. *Annali di Ost. e ginec.* Milano, janvier 1896, p. 1. — **Ahlfeld**. Ein apparat zur Fixierung skelettierter Becken. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1896, Bd. III, Hft. I, p. 38. — **Albers Schonberg**. Eine neue geburtshilfliche Instrumentasche. *Cent. f. Gyn.*, 1892, nº 52, p. 13. — **Angelo Chiavaro**. La Congiuntivite blenorragica congenita e acquisita dei neonati. *La Rassegna d'Ost. e. Gin.* 1096, nº 1, p. 25. — **Bukoënsky**. Ucber Anästhesirung durch Aether und Chloroform Inhalationem bei normalen Geburten. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.* 1896, Bd. III, Hft. 2, p. 1 —. **Francis H, Stuart** Antiseptic and Aseptic Midwifery in Private Practice. *Annals of Gyn. a. Pæd.* décembre 1896, p. 149. — **Goldhwait**. An Improved Perineal Retractor. *Annals of Gyn. a. Pæd.* décembre 1896, p. 167. — **Herman**. The Prevention of Puerperal Fever in Private Pratice. *British med. J.* janvier 1896, p. 74. — **Kossmann**. Chiuosols als Antisepticum. *Cent. f. Gyn.* 1895, nº 52, p. 1365. — **Luigi Acconci**. Asepsi ed Antisepsi nei Parti. *La Rassegna d'Ost. e. Ginec.* 1896, nº 1 p. 1 — **Vinay**. Traitement de la septicémie puerpérale par le sérum antistreptococcique. *Lyon médical,* janvier 1896, p. 109.

VARIA. **Argenta**. Caso notevole di parto e secondamento eutocico. *Annali di Ost. e. Ginec.* 1895, nº12, p. 881. — **Bremner**. The Influence of Inheritance on the Tendency to have Twins. *The Lancet*, février 1896, p. 352. — **Bumm** et **Veit**. *Iahresbericht üb die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtsh. u. Gyn.* Wiesbaden, 1895. — **Crouzat**. Par qui doivent être faits les accouchements. *Rev. obst. Intern.* janvier 1896, p. 9. — **Evans (Thomas R.)** Some postural expedients in obstetrics and medicine. *Med. Rec.* N.-Y, 1896, T. I, p. 262. — **Flatau**. Vagitus uterinus. *Cent. f. Gyn,* 1096, nº 11, p. 293. — **Franklin Staples**. A Few Suggestion from Practical observations in Obstetrics. A. Review. *Annals of gyn a. Pæd.* décembre 1896, p. 143. — **Gillicuddy**. Some obstetric acsessories. *The American gyn. and obstetrical Journal.* New-York janvier 1896, t I. p. 41 — **Handfield**. The heat in its relation to pregnancy, parturition and the puerperal state. *The Lancet,* Londres fèvrier 1896 t. I. p. 275. **Justus Schramm**. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nach Nierenexstirpation. *Berliner klinisch. Wochensch.* 1896, nº 12, p. 113. — **Pazzi** Storia scientifico sociale della levatrice. *Anali di Ost. e. Gin.* 1895, nº 12, 905.

Le Gérant: G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Mai 1896

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PROLAPSUS DE L'UTÉRUS ET DES PAROIS VAGINALES, AVEC DES CONSIDÉRATIONS SUR LES DÉVIATIONS UTÉRINES

Par le professeur **A. P. Goubaroff.**

Directeur de la Clinique obstétricale et gynécologique de Yourieff (Dorpat).

Il serait difficile d'indiquer une maladie du système génital de la femme qui ait inspiré une plus grande diversité de procédés quant à son traitement opératoire que le prolapsus de l'utérus; aucune question de gynécologie à l'heure actuelle ne donne lieu à des solutions plus diverses en ce qui concerne le choix de la méthode de traitement à suivre.

A côté d'opérateurs qui n'hésitent pas à enlever l'organe pour la seule raison qu'il est déplacé et qui trouvent des indications à extirper un utérus en prolapsus; à côté des chirurgiens qui se décident à entreprendre une laparotomie ayant pour but unique de fixer à la paroi antérieure de l'abdomen un utérus déplacé ou en prolapsus, on trouve des gynécologues qui se bornent à des opérations plastiques, à des moyens orthopédiques et même à des pessaires.

Une si grande diversité dans les méthodes de traitement prouve qu'il reste beaucoup à faire pour qu'on puisse considérer ces problèmes comme résolus. Cette imperfection des méthodes et de leur explication démontre de la confusion et

de l'absence de précision dans les notions que nous possédons sur les causes de la position normale de l'utérus et des changements pathologiques qui déterminent son déplacement et sa descente.

L'anatomie nous démontre que l'utérus ne diffère pas des autres organes situés dans la cavité pelvienne qui sont tous soutenus par le plancher pelvien, à savoir par le releveur de l'anus et les fascias et aponévroses qui recouvrent ce muscle. En étudiant des sections sur des cadavres congelés ou des planches reproduisant de pareilles sections d'après nature telles que dans l'atlas de Pirogoff (1) ou celui de Le Gendre (2), ou celui de Braune (3), ou les planches et les dessins de mon précis d'anatomie des organes pelviens de la femme dans le livre du professeur Sneguireff (4), on peut se faire une notion exacte des conditions que présente à cet égard le plancher pelvien. Les conditions dans lesquelles se trouvent l'utérus sous ce rapport ne sauraient différer sensiblement de celles dans lesquelles se trouvent les autres viscères dans la cavité abdominale : ils sont retenus dans la cavité abdominale par les parois de cette cavité. Il est vrai que le plancher pelvien est perforé de plusieurs ouvertures pouvant donner passage à l'utérus et à d'autres organes pelviens susceptibles aussi de subir un prolapsus (vessie, rectum, etc.), mais les autres parois de la cavité abdominale ne sont pas privées, elles aussi, de diverses ouvertures physiologiques donnant passage à divers organes et qui peuvent aussi laisser sortir des viscères abdominaux. Ces dernières ouvertures semblent être construites plus solidement, car leurs bords sont de nature aponévrotique, telles sont les ouvertures du canal inguinal, du canal obturateur et des

(1) Pirogoff. *Anatomia topographica*, Saint-Pétersbourg, 1859, fasc. III.

(2) Le Gendre. *Anatomie chirurgicale homalographique*, Paris, 1858.

(3) W. Braune. *Topographisch-anatomischer Atlas nach Durchschnitten an gefrornen Cadavern*, Leipzig, 1875.

(4) W. Sneguireff. *Hémorrhagies utérines*, 2e édition, revue et complétée (en russe), Moscou, 1895.

autres endroits classiques pouvant donner passage à des viscères dans les hernies.

Malgré la solidité des bords de toutes les ouvertures permettant la formation des hernies, la formation de ces dernières, même chez la femme, est rencontrée par le praticien plus souvent que les prolapsus de la matrice. De plus, les femmes atteintes de hernies sont loin d'être fréquemment sujettes à un prolapsus et elles le sont peut-être plus rarement que les femmes non atteintes de hernies. Aussi n'avons-nous aucune raison d'identifier les causes de la formation des hernies avec celles du prolapsus utérin.

Les observations cliniques démontrent que la formation d'un prolapsus utérin, outre les conditions de la formation des hernies, exige la présence des conditions ci-après, qui en sont les causes déterminantes :

1° Relâchement du plancher pelvien;

2° Augmentation du poids, des dimensions de l'utérus;

3° Effort : prolapsus traumatique.

La question des ligaments de l'utérus et de leur influence sur la position normale de l'utérus, nous semble très problématique. Les ligaments ronds, les seuls qui, d'après leur structure, pourraient promettre quelque solidité ainsi que les ligaments ronds postérieurs de Rouget, en raison de leur laxité et de leur extensibilité, ne peuvent être sérieusement discutés à ce point de vue. En outre, les fonctions physiologiques de l'utérus nous démontrent que les ligaments ronds, par leur direction, peuvent agir dans un sens tout à fait opposé à celui qu'ils devraient garder s'ils étaient destinés à soutenir l'utérus. Pendant la grossesse, les ligaments ronds, surtout vers la fin, ne pourraient agir qu'en abaissant l'utérus. On comprendrait difficilement qu'un organe pourrait agir dans une direction tout à fait opposée au rôle qu'on lui attribue et dans des moments où l'organe qu'il soutient devenant plus lourd exigerait son concours plus actif en raison de l'augmentation de son poids.

Je me propose de démontrer dans cette étude que nous

n'avons aucun droit d'attribuer aux autres ligaments de l'utérus, y compris ceux qui sont situés au niveau de son col, un rôle plus important pour la sustension de l'utérus que celui que nous venons d'attribuer aux ligaments disposés près du fond de cet organe. Nous reviendrons à cette question à propos des aponévroses pelviennes. Pour en finir avec ces ligaments spéciaux, reste leur comparaison avec les mésentères qui a été faite aussi.

L'augmentation de la longueur des mésentères, condition jugée indispensable pour la formation des hernies, fait signalé pour la première fois, que je sache, par le professeur Linhart, démontre bien que la solidité de l'appareil ligamentaire de l'intestin, de son mésentère ne saurait l'empêcher de sortir dans un sac herniaire; donc, les conditions qui déterminent cette sortie peuvent bien distendre et même faire accroître la longueur de ces mésentères.

Anatomiquement parlant, il serait difficile, sinon impossible, de considérer l'ensemble des ligaments utérins comme une structure différant essentiellement des mésentères et des autres viscères.

Mésentères et ligament large le plus complexe des ligaments utérins sont bien constitués de parties et de tissus identiques, à savoir : même revêtement péritonéal, même tissu cellulaire, même appareil musculaire, vaisseaux lymphatiques, etc.

Il n'y a de différence que l'aptitude à la distension qui de plus prévaudrait même dans l'appareil ligamentaire de l'utérus. Il suffit de se rappeler la possibilité d'attirer le col utérin à la vulve (prolapsus artificiel) pratiqué dans les opérations sur le col; il suffit de jeter un coup d'œil, par exemple, sur la planche XI, figure 2, de l'Atlas de Savage (1); il suffit encore mieux de faire la même expérience sur le cadavre, à

---

(1) SAVAGE. *The surgery, surgical pathology and surgical anatomy of the female pelvic organs.* London, 1882.

savoir : ayant fixé par des pinces érignes la portion vaginale, on l'attire avec force jusqu'à la vulve ; si on a eu la précaution de sectionner préalablement le fascia pelvien dans le voisinage des ligaments sacro-utérins, on sera frappé de la facilité avec laquelle on peut faire descendre l'utérus et de la distensibilité des ligaments. De plus, la facilité avec laquelle les ligaments utérins se laissent distendre, se démontre journellement au cours des extirpations de l'utérus par le procédé de M. Doyen ou d'autres procédés fondés sur le même principe (ornés souvent de divers autres noms). On voit bien qu'on attire facilement dans le vagin les restes de ligaments larges et leurs dépendances sectionnées pour enlever les annexes. Ces conditions, et d'autres qui encombreraient cette étude et nous éloigneraient de son but, nous mettent en droit de regarder ces ligaments comme ayant peu d'importance dans la question qui nous occupe.

Revenons donc aux conditions du prolapsus que nous venons de signaler et que nous regardons comme essentielles pour le traitement de cette affection. On ne saurait se figurer un prolapsus traumatique sans lésions des parties profondes ayant livré passage à l'organe hernié, attendu que le plancher pelvien en état vierge ainsi que ses ouvertures normales ne pourraient livrer passage à un organe aussi volumineux que l'utérus. Évidemment, le plancher pelvien doit être intéressé dans ce cas en perdant, fût-ce brusquement, de sa solidité. Les augmentations de volume, y compris les hypertrophies, amènent le même résultat; ce n'est qu'une question de temps. Reste donc la condition principale et la plus importante pour la formation de l'anneau herniaire ou de l'ouverture donnant passage à travers le plancher pelvien, c'est la formation de l'ouverture même qui consiste dans le relâchement et la banqueroute de l'ouverture physiologique. J'ai déjà mentionné la différence qui existe entre les ouvertures classiques des hernies avec les ouvertures du plancher pelvien, à savoir, l'absence d'un bord aponévrotique dans les ouvertures du plancher pelvien.

Or, ce n'est pas le plan musculaire qui, à lui seul, serait en état d'assurer le solidité du plancher pelvien; en effet, même chez les femmes les plus robustes, l'appareil musculaire du plancher pelvien, le seul qui est constitué par un tissu susceptible de se dilater (sans se déchirer), au point de laisser passer la tête du fœtus, ne peut plus soutenir les parties qu'il supportait à l'état vierge. On connaît bien la descente ou l'abaissement physiologique des parois vaginales chez les femmes qui ont accouché (1). Les autres tissus du plancher pelvien, quoique susceptibles de ruptures par la nature même de leur constitution pendant l'acte physiologique de l'accouchement, doivent avoir une grande influence sur la solidité et la perméabilité du plancher pelvien. En effet, l'importance du rôle du plancher pelvien semble ne pas avoir été appréciée à sa valeur, en ce qui concerne la fixation de l'utérus et du vagin. Pour rentrer dans notre sujet, nous allons rappeler les parties les plus importantes à cet égard. Le fascia pelvien (Jules Cloquet) ayant recouvert la partie supérieure du releveur de l'anus donne des feuillets aponévrotiques se dirigeant dans les intervalles entre les organes pelviens et atteignant les parois latérales de l'utérus et du vagin; ce sont ces feuillets que le professeur Hyrtl (2) appelait feuillets viscéraux du fascia pelvien, ce sont les feuillets que Kohlrausch (3) a dessinés dans ses tables et qu'il a décrits comme prolongements du fascia pelvien entourant les conduits membraneux du bassin, juste au moment où ils vont sortir de cette cavité. Ce sont ces prolongements que Retzius avait comparés aux ailes d'un insecte volant, dont le corps serait la glande prostatique fixée aux parois pelviennes par ces ailes étendues; il n'y a pas de raison de rechercher un

(1) Voir par exemple le dessin, p. 76. F. AHLFELD. *Lehrbuch der Geburtshülfe*. Leipzig, 1894.

(2) HYRTL. *Handbuch der topographischen Anatomie*. Wien, 1847.

(3) KOHLRAUSCH. *Zur Anatomie und Physiologie der Beckenorgane*. Leipzig, 1854.

moyen de fixation pour les parties génitales de la femme qui correspondent à la glande prostatique, c'est-à-dire l'utérus; il n'y a pas de raison non plus de supposer l'absence d'une homologie dans des structures dont l'efficacité au point de vue de l'imperméabilité du plancher pelvien se prouve si manifestement chez l'homme, dont les organes

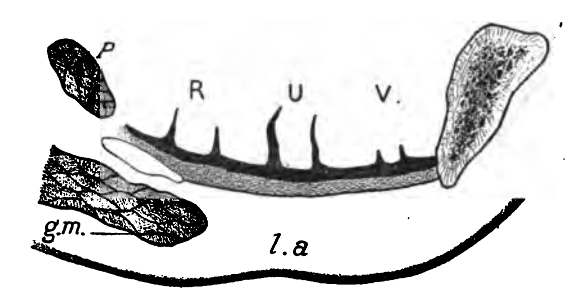


FIG. 1. — Cette figure montre l'aponévrose pelvienne et la position de ses dépendances ou feuillets viscéraux, section longitudinale traversant les trous sacrés et l'*os pubis*.

p, musculus pyramidal ; *g.m.*, grand fessier. La bande située au-dessus de ces lettres est le muscle releveur de l'anus ; à gauche et en haut de ces lettres, on voit la section du ligament sacro-épineux. Des aponévroses recouvrent le releveur : en bas c'est le *fascia périnéal profond* (il n'est pas indiqué par des lettres), en haut c'est le *fascia pelvien*.

Les lettres *R*, *U* et *V*, rectum, utérus, vessie, rappellent ces organes ; c'est vers ces lettres que se dirigent les feuillets viscéraux. Ceux de ces feuillets qui ont plus d'importance se dirigent vers les faces antérieure et postérieure de l'utérus, c'est pourquoi ils ont été dessinés plus épais.

pelviens ne présentent aucun exemple de protrusion à travers les structures que nous venons de mentionner.

Des expériences de M. Budin, celles de M. Dickenson et les miennes ont démontré que les empreintes de la constriction produite par les contractions du releveur de l'anus sur des cylindres en cire introduits dans le vagin laissent leur marque presque au milieu de la longueur du vagin ; par conséquent, l'action des parties musculaires en contraction

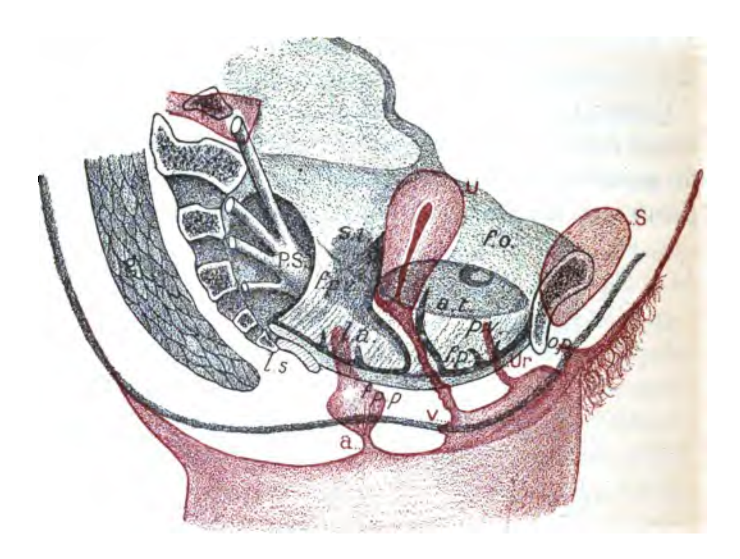


FIG. 2. — Schéma d'ensemble du releveur de l'anus et des fascia pelviens (feuillets viscéraux).

Ce schéma se compose de deux dessins superposés. L'un tiré en gris, l'autre en brun. Le gris représente une coupe longitudinale du bassin traversant les trous sacrés (côté gauche) et l'os pubis (gauche) (*o. p.*). Le brun représente une coupe médiane.

I. — ***Dessin gris.*** — Le releveur de l'anus (*l. a.*) fait le centre du dessin. On voit sur sa surface supérieure ses fibres recouvertes par le ***fascia pelvien*** qui descend des parois latérales du bassin, ayant recouvert le muscle obturateur ; — ***f. o., foramen obsturatorium*** ou trou obturateur ; — ***s. i.***, épine sciatique ; — ***a. t.***, ***arcus tendineux*** ou arcade d'insertion du releveur. Les feuillets viscéraux du ***fascia pelvien*** ainsi que le bord de ce feuillet recouvrant ce muscle sont dessinés en noir. Ils sont considérablement épaissis afin qu'on puisse bien les distinguer. Les feuillets viscéraux remontent pour entourer les viscères pelviens : le rectum, le vagin et l'utérus, et la vessie. Le feuillet viscéral situé à la face postérieure du vagin et de l'utérus (*f. p. v.*) se détache du ***fascia pelvien*** recouvrant le releveur et se perd en haut sur la paroi latérale du bassin. La partie dédoublée est fortement recourbée vers la face postérieure de l'utérus (elle se perd dans une grande tache grisâtre masquant les fibres du releveur). Les feuillets qui recouvrent le rectum et la vessie ne sont qu'indiqués ; les lettres *p. v.* indiquent le ligament pubo-vésico-utérin ; — ***l. s.***, coupe transversale du ligament sacro-épineux ; — ***f. p. p.***, feuillet profond du ***fascia périnéal.*** — ***g. musculus gluteus maximus*** ou grand fessier — ***p. s.***, ***plexus sacré.***

II. — ***Dessin brun.*** — *Pr.* promontoire ; — ***s.***, symphyse pubienne ; — ***u.***, utérus. On voit que le releveur de l'anus est situé vers le milieu du vagin. — ***v.***, vulve ; — ***ur.***, urètre ; — ***a.***, anus.

du plancher pelvien se manifeste à quelques centimètres (2, 5, 3, 0) de l'entrée du vagin.

Cette action fait complètement défaut dans les ruptures du périnée comprenant le fascia périnéal celui qui recouvre la surface inférieure du releveur de l'anus qu'il prive de points importants, non de son insertion fixe, mais de bien importants pour l'efficacité de ses contractions. Les lésions de continuité ainsi que la diminution de densité de structure des tissus conjonctifs situés au-dessus du releveur, doivent à plus forte raison influer sur l'action de ce muscle puisque ces structures sont plus compliquées et que leur connexion avec les organes pelviens sont plus intimes.

Or, une étude minutieuse des pièces anatomiques que je faisais pour étudier la disposition du tissu cellulaire aux bases du ligament large (1) m'avait démontré que les feuillets de la base de ce ligament qui répondent aussi à la base de ce que j'ai appelé *mésentère cellulaire du ligament large* ne sont autre chose que le commencement des feuillets viscéraux du fascia pelvien dont j'ai fait mention plus haut. En outre, les ligaments sacro-utérins ainsi que les ligaments pubo-vésico-utérins ne sont autre chose, quant à leur structure intime, que des dépendances ou renforcements pour ainsi dire du fascia pelvien qui, après avoir recouvert la surface supérieure du releveur de l'anus, vient donner des insertions au niveau du col utérin, insertions que des fibres lisses provenant de l'utérus semblent renforcer.

En présence de faits cliniques, il m'a toujours semblé que le but à atteindre dans toutes sortes de déviations utérines et surtout dans la descente de l'organe totale ou partielle, les seules peut-être qu'on peut traiter avec succès, est de renforcer les diverses parties du plancher pelvien, ce qui n'a pas été sans réussir. Pour le moins, dans tous les cas où les tissus n'étaient pas complètement privés de leur

---

(1) J'ai fait connaître quelques-uns des résultats de ces études au Congrès international de gynécologie, à Bruxelles, en 1892.

ténacité et n'étaient pas encore atteints de décrépitude complète par suite de l'âge ou d'une constitution tout à fait défectueuse.

Si nous rejetons toute idée préconçue d'une position normale de l'utérus et des changements anormaux de cette position qui résultent de cette conception théorique. Si, en outre, nous mettons bien à part les changements de la forme de l'utérus (flexion, etc.) qui n'ont rien à faire avec les déplacements simples, puisqu'ils dépendent de changements dans le tissu même de l'utérus et n'ont rien à faire avec l'appareil ligamentaire ; alors, la question même de la recherche d'une position normale de l'utérus semble oiseuse.

En effet, les fonctions physiologiques de l'utérus exigent de si grands changements dans le volume et la position de cet organe que, dans ce cas, l'idée même d'une fixation solide ne pourrait être discutée. Toute supposition d'une fixation de cette nature contredirait les lois élémentaires de la mécanique appliquées à la solution du problème biologique. Déjà Bichat avait remarqué que les fonctions des organes pelviens sont accompagnées de changements qui exigent de l'espace; or, l'espace manquant puisque l'anneau osseux ne peut céder en raison de sa dureté, ces organes ne pourraient se dilater qu'en quittant la cavité pelvienne, condition qui exige leur mobilité. Cette mobilité permettant aux organes de glisser hors de la cavité pelvienne dans les changements de volume qu'exigent leurs fonctions, est assurée par la nature au moyen du tissu cellulaire lâche dont la cavité pelvienne est pourvue en quantité telle qu'aucune autre région du corps.

Les fonctions des reins, du foie, du pancréas, des ganglions du mésentère, elles aussi, sont accompagnées de changements de volume dus à la circulation, à la diffusion, etc., cela fait que leur fixation exige, elle aussi, du tissu lâche distensible comme le tissu cellulaire. Ce ne sont que des organes tout à fait solides, tels que les os, qui peuvent permettre des

changements de position quand ils sont unis par des tissus solides et résistants, vu que leur volume ne peut changer. C'est pourquoi tous les efforts, pour trouver de véritables ligaments pour l'utérus nous semblent étranges, car les particularités de cet organe et de ses fonctions exigent des moyens spéciaux de fixation pour le retenir dans l'endroit qui lui est destiné par la nature.

Nous avons déjà fait allusion à l'homologue de l'utérus, la glande prostatique ; nous devons nous rappeler que les fonctions de cette glande ne sont pas accompagnées de changements de volume, ce qui permet aux aponévroses du bassin de la munir d'une capsule à peu près imperméable et inextensible. Des considérations embryologiques nous donnent le droit de chercher cette capsule dans le cas de son homologue, — l'utérus et la partie supérieure du vagin. Il est évident que, dans ce cas, on ne pourrait admettre l'idée d'une capsule identique à celle de la glande prostatique si nous tenons compte des fonctions de l'utérus. La différence des feuillets aponévrotiques viscéraux se dirigeant vers l'utérus consiste en ce qu'ils se privent de leur solidité en se rapprochant de cet organe et se perdent en se confondant avec ses tissus. Ces feuillets, solides vers leurs bords externes, s'amincissent en approchant la ligne médiane ; de sorte qu'en cherchant à les disséquer, on ne réussit à mettre à nu que leurs parties externes. Vers la ligne médiane, une dissection habile peut souvent faire tomber sur des produits artificiels.

Au point de vue de la solidité des planchers pelviens et de la possibilité opératoire d'augmenter cette solidité, ce sont les feuillets suivants qui peuvent attirer notre attention : l'aponévrose recouvrant la paroi supérieure du releveur de l'anus (*fascia pelvien*) et les feuillets viscéraux qui se dirigent en avant et en arrière du vagin et de l'utérus.

En profitant des considérations anatomiques que nous avons signalées, on peut réussir à imaginer des procédés opératoires ayant pour but de solidifier le plancher pelvien et de modifier la position de l'utérus, lors de sa descente, pour

le retenir en place ou pour modifier les changements partiels de sa position en relevant la partie abaissée de l'organe (dans les versions).

Voici quelques applications opératoires qui nous ont semblé pouvoir être basées sur ces considérations et que nous avons faites et non sans résultat.

Dans tous les cas où une descente ou un prolapsus de

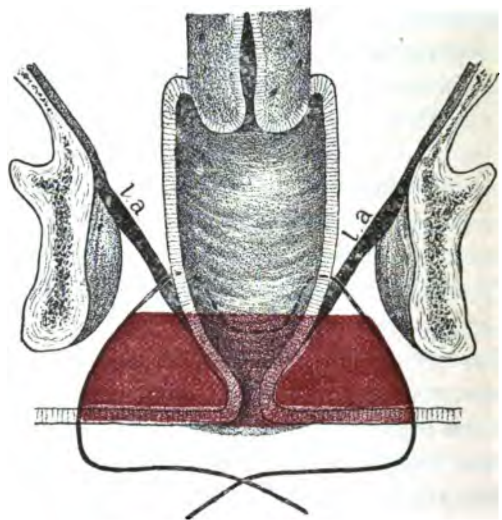


FIG. 3. — Coupe frontale du bassin.

l, a, muscle releveur de l'anus. En dehors et en bas, l'obturateur (non indiqué par des lettres). Schéma indiquant la disposition de la suture comprenant les bords internes du releveur. La coupe transversale du périnée (située dans le plan même du dessin) est indiquée en brun.

l'utérus a pour cause des déchirures du périnée, ainsi que dans tous les cas où l'on trouve les indications pour l'opération Hegar (colpopérinéorrhaphie), il y a quelques années que je me sers de l'opération suivante : Je divise transversalement les restes du périnée d'après le procédé Lawson Tait (Doléris si vous voulez) et je tâche, en disséquant le lambeau vaginal, de pénétrer vers les bouts de mon incision, dans la

profondeur jusqu'à la surface inférieure du releveur et de l'aponévrose qui recouvre cette surface.

Connaissant la profondeur à laquelle se trouve cette surface du releveur, on peut bien, en suturant la plaie (dans la ligne médiane), comprendre dans les sutures profondes les bords internes du releveur ainsi que les aponévroses qui le recouvrent (voir fig. 3).

En serrant de pareilles sutures, on attire vers le plan

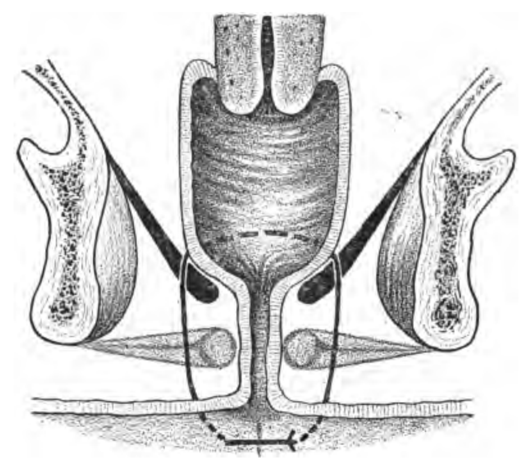


FIG. 4. — Schéma du plancher pelvien, coupe transversale destinée à démontrer la disposition d'une des sutures comprenant le bord interne du releveur de l'anus ainsi que l'action de cette suture sur le plancher pelvien qu'elle relève quand elle est nouée. A comparer avec la fig. 3.

médian les bords des deux releveurs ainsi que les aponévroses qui recouvrent ce muscle. Cela a pour effet que le plancher pelvien se relève et s'aplatit, et si on réussit bien à introduire ces sutures profondes on peut voir que la plaie périnéale et la peau du périnée sont attirées en haut (voir fig. 4).

Il n'y a pas lieu de noter que si, ayant disséqué le lambeau vaginal, on remarquait une grande abondance de tissus, on n'aurait qu'à le couper avec des ciseaux et on obtiendrait une surface avivée ayant précisément les mêmes dimensions

et la même figure que celle qu'on se propose d'obtenir par le procédé classique d'Hegar (colpopérinéorrhaphie). La simplicité et la célérité de cette manière d'opérer m'a fait complètement abandonner l'opération typique de Hegar. De plus, la surface qu'on prive de la muqueuse en la séparant de bas en haut par le procédé Tait n'est nullement moindre que celle qu'on obtient en disséquant par le procédé Hegar, qui n'en diffère qu'en ce que, dans ce dernier procédé, on procède à l'inverse : on dégage les muqueuses en descendant de haut en bas.

Pour opérer des prolapsus de l'utérus, ordinairement j'ai eu recours à cette opération (Tait modifié) à laquelle j'ajoutais une colporrhaphie antérieure (d'après les règles générales ou par le procédé Tait : incision tranversale au niveau du bord postérieur du vestibule du vagin et dégagement d'un lambeau vaginal de la paroi antérieure du vagin, suture dans le plan médian) et je n'ai pas eu à me plaindre de mes résultats.

Il va sans dire que, dans ce cas, en présence d'indications, je faisais préalablement une amputation du col. Or, depuis l'automne de cette année (1895), j'ai eu l'occasion de me convaincre qu'on peut obtenir une plus grande solidité du plancher pelvien par d'autres et de plus simples procédés. Ayant essayé d'appliquer le procédé qui a été dernièrement proposé par le professeur Freund pour opérer les prolapsus utérins, j'ai remarqué qu'en ayant passé la suture circulaire au niveau des culs-de-sac du vagin, même si on se sert de crins de Florence que M. Jacobs venait de proposer de substituer aux fils d'argent préconisés primitivement par M. Freund, cette suture a une grande tendance à couper les tissus. De plus, l'inconvénient d'une suture circulaire comprimant pour toujours le tube vaginal m'a toujours semblé être en contradiction avec les fonctions et l'usage de ce conduit. Aussi essayai-je d'opérer de la manière suivante : j'imaginai d'introduire sous la muqueuse de la paroi antérieure du vagin inversé à cause d'un prolapsus complet une

suture au crin de Florence faisant le tour de cette paroi et sortant par son point d'introduction (voir fig. 5) de manière à pouvoir former, en serrant cette suture, une espèce de bourrelet sur la muqueuse, — bourrelet qui rappellerait les replis physiologiques des colonnes du vagin (*columnæ rugarum*). Le résultat a dépassé mon attente.

Ayant introduit sous la muqueuse de la paroi postérieure

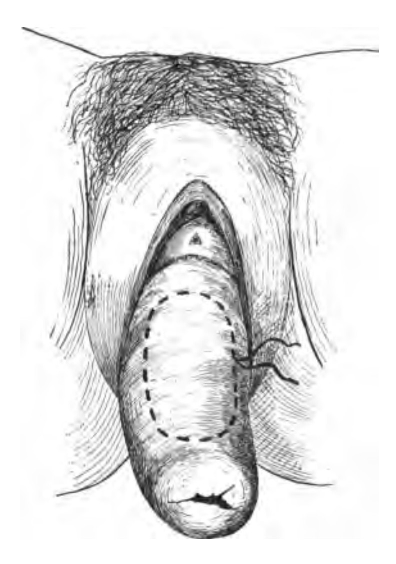


FIG. 5. — Prolapsus complet. On voit la paroi antérieure du vagin inversée; le pointillé indique la disposition du crin de Florence introduit sous la muqueuse du côté droit du dessin où les deux fils indiquent le point d'entrée et de sortie de la suture.

du vagin une suture tout à fait analogue et ayant noué les sutures, j'ai pu constater que l'utérus avait remonté si haut qu'on pouvait à peine l'atteindre avec le doigt explorateur.

On a un peu de peine à introduire ces sutures avec des aiguilles ordinaires : cela va un peu lentement, et ce n'est pas sans importance, vu qu'on opère sans anesthésie. Pour aller plus vite, j'ai essayé de me servir d'aiguilles droites et, en y ajoutant l'emploi d'un dé ordinaire, j'ai pu gagner beau-

coup de temps car j'ai pu me passer de porte-aiguilles.

Il n'y a pas à craindre des lésions de la vessie, car, ayant passé l'aiguille sous la muqueuse vaginale et la laissant en place, il est facile de juger de la profondeur où elle est située : en introduisant une sonde dans la vessie, on sent bien les parties molles qui séparent l'aiguille de la cavité de la vessie et du bout de la sonde. Il n'y a pas grand mal à craindre s'il arrivait qu'on introduisît l'aiguille dans la vessie, il suffirait de l'enlever et de l'introduire de nouveau dans une direction appropriée : je n'ai pas eu l'occasion de subir cette complication (1).

En introduisant les sutures dans la paroi postérieure du vagin, même en cas de rectocèle, on n'a qu'à contrôler l'aiguille de la même manière. Je me suis servi de la sonde de feu mon maître, le professeur Volkmann ; c'est une sonde en argent très flexible (calibre 4 millim. sur 18 centim. de longueur) ; présentement, je me sers d'un instrument en cuivre rouge nickelé (2), ce qui est moins dispendieux et qui n'est pas moins flexible.

Il est à regretter que cet instrument, si commode pour l'introduction des tubes à drainage et pour faire les contre-ouvertures dans les cas de collections purulentes, ne soit pas plus employé.

Ayant lié les sutures vaginales, j'ai reconstitué, dans mon premier cas, le périnée par le procédé Tait avec la suture des bords des releveurs de l'anus que j'ai décrite. En liant les sutures profondes du périnée, on put noter qu'il a fallu employer pour les serrer un plus grand effort que de coutume et que, dans la suite, ces sutures semblaient augmenter la pression de la suture située dans la paroi postérieure du

---

(1) Le 17 janvier, j'ai eu l'honneur de démontrer cette opération en la pratiquant à la Clinique gynécologique de l'Université de Moscou, à mon illustre maître, le professeur W. Sneguireff, ainsi qu'à Messieurs les étudiants, ses élèves.

(2) On peut se procurer la sonde de Volkmann en argent chez Baumgartel, à Halle, et l'instrument en cuivre chez Keiss, à Yourieff (Dorpat).

vagin et semblaient abaisser la colonne vaginale artificielle de cette paroi. Heureusement, ces sutures profondes du périnée ne tardèrent pas à couper et leur influence sur la paroi postérieure du vagin à tarir. Malgré cela, la plaie du périnée s'unit parfaitement et la malade quitta l'établissement complètement guérie.

Tenant compte de cette influence des sutures profondes

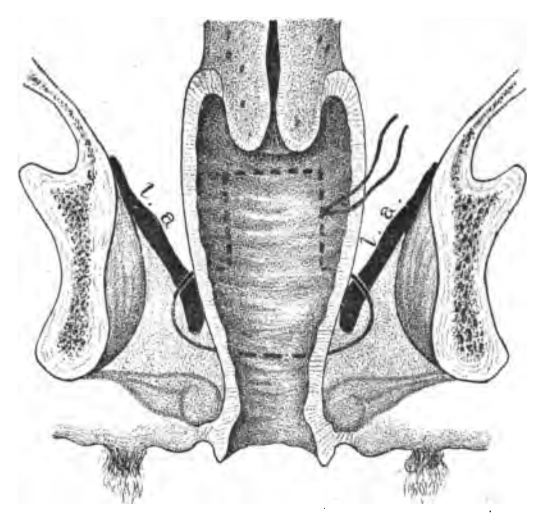


FIG. 6. — Schéma de la paroi postérieure du vagin, du plancher pelvien et de la disposition de la suture. On voit la pénétration initiale qui est aussi celle de la sortie de l'aiguille (côté droit du dessin) ; le pointillé indique la disposition du fil sous la muqueuse vaginale.

périnéales, dans le cas que je viens de noter, j'essayai, dans le premier cas de prolapsus qui se présenta dans la suite, de ne plus me servir de sutures périnéales pour rapprocher le bord du releveur et pour augmenter la solidité du plancher pelvien, mais je me servis d'un autre procédé (voir fig. 6).

Les sutures sous la muqueuse de la paroi antérieure du vagin ainsi que celle de la paroi postérieure furent disposées de la manière que j'ai décrite plus haut ; mais après avoir lié les deux sutures, l'influence de la suture postérieure se

manifesta d'une manière que fait comprendre la comparaison de la figure 6 avec la figure 7 (voir fig. 7) et, en fermant la plaie périnéale, il n'y avait plus de raison pour chercher à réunir les bords internes du releveur et à augmenter la solidité du plancher pelvien.

Par conséquent, une suture disposée d'après le principe expliqué par la figure 6 pourrait être en état de relever et de renforcer le plancher pelvien. Or, il est évident que dans la

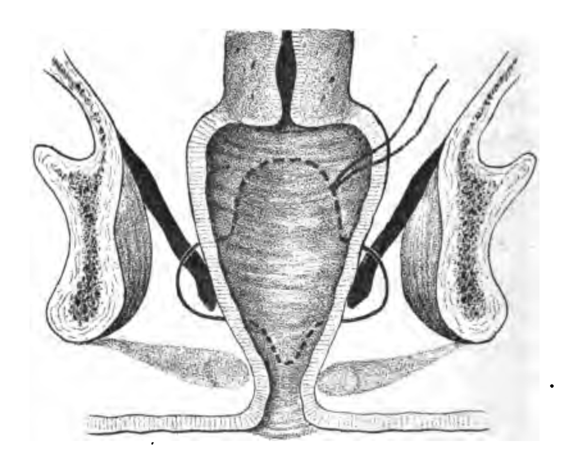


FIG. 7. — Section identique à la fig. 6. La suture a été liée. On voit la partie de la muqueuse de la paroi postérieure du vagin faisant saillie dans la lumière du vagin à l'instar d'une colonne rugueuse. La comparaison avec la fig. 6 démontre que le plancher pelvien s'est relevé et s'est aplati.

manœuvre que nous venons de décrire nous avons un procédé simple et ne présentant aucun danger, de traitement du prolapsus de l'utérus et des parois vaginales. On ne saurait attribuer des inconvénients à la présence de sutures permanentes sous la muqueuse vaginale vu que la matière de ces sutures est complètement aseptique et n'est capable de produire aucune irritation, ce qui est démontré par les observations journalières des plaies à la suite de laparotomie.

L'opération que nous venons de décrire est tellement simple et tellement peu douloureuse qu'il serait difficile de rencontrer une malade qui ne fût pas en état de la supporter. En outre, il est évident que diverses modifications de sutures fondées sur le même principe pourraient remplacer plusieurs opérations plastiques qu'on pratique sur les parois vaginales, telles que la colporrhaphie, l'opération de Stolz (de Nancy), etc. ; et il est bien permis de se demander si on est en droit de se résoudre à faire une extirpation de l'utérus, lors de sa chute complète, avant d'avoir essayé des moyens aussi simples et aussi efficaces que ceux que nous venons de décrire, sans doute si on n'est pas en présence d'indication pour cause de dégénération de cet organe. En outre, le principe de renforcer le plancher pelvien doit être pris en première considération dans le traitement opératoire de toutes sortes de déplacements utérins. En effet, il m'a toujours semblé difficile à comprendre comment on pourrait être en état de fixer l'utérus au vagin et comment ce genre de fixation pourrait influer sur la position de cet organe. Présentement, je suis convaincu que toute vagino-fixation ne peut exister et que les divers résultats que l'on obtient après cette opération dépendent de la diversité des conceptions qu'on se fait de cette opération. Si on réussissait en réalité à suturer l'utérus au vagin et seulement au vagin, on ne pourrait obtenir aucun changement dans la position de l'utérus, le seul résultat qu'on pourrait obtenir serait un changement de la configuration du tube vaginal. Tout changement de position de l'utérus qu'on obtient comme suite d'une vagino-fixation dépend non de la fixation de l'utérus au vagin, mais de ce que l'on attire les feuillets viscéraux du *fascia pelvien* vers l'utérus et de la consolidation du plancher pelvien. Le vagin, dans ce cas, ne peut avoir d'influence qu'autant qu'il sert lui-même de point d'insertion à ces feuillets aponévrotiques. Il est bien évident que le choix d'une incision de la muqueuse vaginale ne saurait avoir aucune importance et que, quant au résultat, la hauteur à laquelle on

remonte suivant la paroi antérieure de l'utérus pour introduire les sutures semble bien indifférente et ne peut avoir de conséquence. Pour corriger la position de l'utérus et pour le retenir dans une nouvelle attitude la forme du plancher pelvien ainsi que l'endroit où on peut réussir à fixer à ce plancher le col de l'utérus sont d'une grande importance; il en est de même de l'influence des feuillets viscéraux du fascia qui, quand on les a bien réunis, sont en état non seulement de renforcer le plancher pelvien, mais même de relever et de soutenir l'utérus. L'importance de ces feuillets semble déjà avoir été entrevue : l'année dernière, Mackenrodt, un des défenseurs les plus ardents de la vagino-fixation, a tenté de disséquer le feuillet viscéral aponévrotique se rendant à la surface postérieure de l'utérus ; il a même essayé de lui donner un nouveau nom particulier (*ligamentum colli transversum*) (1). L'importance vraie de tous ces feuillets et aponévroses n'a pourtant pas encore été appréciée et la connaissance de toutes ces notions anatomiques n'a pas encore donné tous les résultats qu'on serait en droit d'en attendre. Toutefois, en renforçant le plancher pelvien, on peut écarter toute descente de l'utérus et, en choisissant divers points de ce plancher et en les cousant, on pourrait corriger plusieurs changements de position de l'utérus. Ayant cousu les feuillets viscéraux situés en avant de l'utérus (voir fig. 1) et les ayant fixés à la paroi antérieure du col, nous pouvons obtenir précisément le résultat que nous cherchons à obtenir par une vagino-fixation, à savoir : le col utérin est repoussé en arrière. Par conséquent, le fond contrebalançant en avant, on obtient une antéversion et le point de fixation du col au plancher pelvien doit l'empêcher de se déplacer en avant. En réunissant les feuillets situés en arrière de l'utérus, et en relevant et en consolidant la partie du plancher pelvien situé en arrière de cet organe, on obtient

(1) MACKENRODT. Ueber die Ursachen der normalen und pathologischen Lagen der Uterus. *Arch. f. G.*, 1895, B. 48. Hft. 3, p. 393.

un plan incliné de cette partie du plancher pelvien qui doit empêcher la possibilité de la descente de la paroi postérieure de l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas qui, lui-même, doit remonter, repoussé qu'il est par la partie postérieure du plancher pelvien. Ayant cousu le plancher pelvien dans les deux endroits, en avant et en arrière de l'utérus, on obtient la fermeture de l'anneau herniaire qui peut donner passage à l'utérus ; l'influence de cet anneau disparaît et le plancher pelvien se relève et s'aplatit. Je n'insisterai pas ici sur la description détaillée des procédés opératoires qui pourraient conduire à ces résultats, vu que je me propose de soumettre cette question à une étude détaillée.

FIBROMES ET HYSTÉRECTOMIE (1)

(Suite et fin.)

Par le Dr **G. Houzel** (de Boulogne-s.-Mer),
Membre correspondant de la Société de chirurgie.

V

Le fibrome est trop gros pour être enlevé par le vagin, quelles sont les ressources que nous offre l'autre voie ?

MM. Péan (2) et Bouilly (3) l'enlèvent en deux temps par leur procédé abdomino-vaginal ; MM. Bardenheuer (4) et Jacobs (5) également en deux temps par leur procédé vagino-abdominal ; en un seul temps, nous avons le procédé des ligatures : MM. Martin (6), Delagénière (7), Le Bec (8), ou

---

(1) Voir n° d'avril 1896, p. 265.

(2) PÉAN. *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen*, 1895, *passim*. *Acad. de méd.*, 17 juin 1892.

(3) BOUILLY. *Congrès franç. de chir.*, 1891.

(4) BARDENHEUER. *Centrallb. für Gyn.*, 1881.

(5) JACOBS. Congrès de Rome *Annales de gynécol.*, 1894, t. I, p. 530.

(6) MARTIN. *Annales de gynécologie*, 1894, t. I, p. 476.

(7) DELAGENIÈRE. *Arch. provin. ae chir.*, 1894, p. 333.

(8) LE BEC. *Ann. de gynéc.*, t. XLIX, p. 356.

le procédé des pinces employées comme dans l'hystérectomie vaginale : MM. Doyen (1) et Richelot (2).

Avant toute chose, la malade doit être préparée, purgée, baignée, rasée ; le vagin doit être aseptisé par des injections fréquentes de sublimé à 1 p. 1000, par des tampons de gaze iodoformée placés pendant plusieurs jours ; au moment de prendre le bistouri il faut vider la vessie, savonner et irriguer une dernière fois le vagin et le ventre et entourer les membres inférieurs avec de la ouate et de la flanelle afin d'éviter le refroidissement et le choc. Ces précautions sont communes à tous les procédés, aussi ne les mentionnerons-nous qu'une fois pour toutes.

A. — PROCÉDÉ ABDOMINO-VAGINAL. — *Premier temps :* La paroi abdominale incisée, la tumeur est amenée hors du ventre au moyen de pinces à griffes, ou d'un trocart courbe qui l'embroche. Une aiguille armée d'un fil métallique double transfixe le pédicule formé au moyen d'un lien en caoutchouc ; chaque moitié est serrée successivement, puis la tumeur est sectionnée au-dessus et la tranche de section est désinfectée avec des solutions antiseptiques fortes ou le thermocautère. Le temps abdominal est terminé, on referme la plaie du ventre d'une manière définitive dans le haut, avec des fils d'attente dans le bas, au cas où une hémorrhagie ou quelqu'autre incident forcerait à retourner à la cavité abdominale.

Deuxième temps : La malade est placée dans la position de l'hystérectomie vaginale, et le moignon est enlevé par le vagin, d'un seul morceau s'il est petit, par morcellement s'il est volumineux.

B. — PROCÉDÉ VAGINO-ABDOMINAL. — *Premier temps* : Les attaches du vagin sont séparées du col, le décollement de la vessie est amorcé et un tampon ou une éponge aseptique est bourré dans le vagin.

---

(1) DOYEN. *Arch. provin. de chir.*, 1892, p. 494.

(2) RICHELOT. *Annal. de gynécol.*, t. XLIV, p. 351.

Deuxième temps : Une longue incision descendant jusqu'au pubis permet de sortir la tumeur du ventre. Les ligaments larges sont liés en deux ou trois faisceaux aussi bas que possible, la tumeur est décortiquée de son péritoine, la vessie est refoulée sous le pubis, et le doigt, allant à la recherche de l'incision faite par le vagin, l'agrandit à droite, à gauche, successivement en avant et en arrière. Section des ligaments larges entre les ligatures et l'utérus, ligature des dernières attaches latérales du col et la tumeur est extirpée. Reste à suturer les bords de la collerette péritonéale à la plaie vaginale et à drainer au moyen de deux tubes qui partent l'un du détroit supérieur, l'autre de l'excavation, pour ressortir par le vagin. C'est l'opération de M. Bardenheuer. M. Jacobs y a apporté quelques modifications.

Dans le temps vaginal, il saisit les utérines avec des pinces, comme si l'opération devait se continuer par le vagin, et la tonsure du col est faite au thermocautère. Dans le temps abdominal, au lieu de lier, il étreint les ligaments larges avec des pinces spéciales qui permettent d'enlever les branches placées par le ventre, sans toucher aux mors qu'elles viennent immédiatement reprendre par le vagin.

Ces deux procédés ont plus d'un point de ressemblance. Qu'on commence par l'abdomen ou par le vagin, pour finir par le vagin ou par l'abdomen, il n'y a pas là une importance capitale. Certains auteurs leur ont surtout reproché ces doubles manœuvres qui sont, à leur avis, un attentat contre l'asepsie, le vagin étant une sorte de boîte de Pandore contenant tous les maux du genre humain.

M. Richelot (1) a fait justice de cette exagération. « Il y a beau temps que nous trouvons le vagin facile à nettoyer pour faire une hystérectomie vaginale, et que nous y mettons les instruments, les éponges et les doigts, en même temps que dans le péritoine, pendant une heure de suite et même davantage. Dites abdominal, et tout à coup le vagin devient

(1) *Annal. de gynéc.*, t. XLIV, p. 353.

un cloaque où l'antisepsie est inconnue, et rien n'est dangereux comme d'y introduire des pinces. » On pourrait leur reprocher avec plus de raison d'être long et laborieux. Au milieu de l'opération, il faut changer la position de l'opérée et l'asepsie court plus de risques dans ces évolutions que dans les manœuvres par le vagin. M. Péan, qui serait l'inventeur du procédé abdomino-vaginal, ne semble par lui reconnaître une valeur prépondérante, puisque, dans son traité (1) des tumeurs de l'abdomen, il discute longuement les procédés avec pédicule externe ou pédicule rentré qui paraissent encore jouir de ses faveurs.

La vérité, c'est que ces procédés qui furent de grands progrès quand ils furent publiés, sont aujourd'hui distancés, et que les techniques récentes sont plus rapides, plus sûres et, ce qui ne gâte rien, plus simples.

Il nous reste à étudier les méthodes permettant de faire l'hystérectomie abdominale totale en un seul temps, sans changer la malade de place et sans interrompre l'opération. Il y en a deux : les ligatures et les pinces.

VI

PROCÉDÉ DES LIGATURES. — M. Martin de Berlin (2) a décrit son procédé au Congrès de Rome, et nous le lui avons vu exécuter, en 1892, au Congrès gynécologique de Bruxelles, à la clinique de M. Jacobs. Nous ne nous arrêterons pas à le décrire, ayant en France des chirurgiens qui font plus simplement et mieux. Les procédés qui nous ont paru les meilleurs, les mieux réglés, sont ceux de M. H. Delagénière et de M. Le Bec.

a) *Procédé de Delagénière* (3). — La malade est aseptisée avec beaucoup de soin, surtout au moyen de bains savon-

---

(1) PÉAN. *Diag. et trait. des tumeurs de l'abdomen*, 1895, t. III, p. 208 et *passim*.

(2) *Annales de gynécol.*, 1894, t. I, p. 476.

(3) *Arch. prov. de chirurg.*, t. III, p. 346 et t. IV, p. 496.

neux et d'injections vaginales antiseptiques. Au moment de l'opération, les culs-de-sac sont nettoyés avec de l'éther iodoformée, puis avec une solution antiseptique forte. On introduit une mèche de gaze iodoformée dans le col, et le vagin est tamponné mollement de la même substance uniquement destinée à absorber les liquides pouvant s'écouler du col pendant l'opération.

Dès qu'elle est endormie à l'éther, la malade est placée sur le plan incliné, et le ventre est ouvert sur une longueur proportionnée au volume de la tumeur.

Alors trois hypothèses : c'est une tumeur libre du segment supérieur, une tumeur enclavée dans le bassin, ou une tumeur incluse dans le ligament large.

a) Tumeur libre du segment supérieur. — Le désenclaveur, sorte de tire-bouchon inventé par l'auteur, est enfoncé dans la tumeur qu'il tire hors du ventre.

Une première pince-clamp droite est placée à cheval sur le bord libre d'un ligament large, au-dessous des annexes, à la hauteur de la future collerette ; à 15 millim. au-dessus de cette pince, toujours sous les annexes, on en place une seconde parallèle à la première, et le ligament large est sectionné entre les deux. Le ligament large du côté opposé est traité de la même façon.

La tumeur étant attirée, on continuera le tracé de la collerette en passant, en avant, à 2 centim. au-dessus de la vessie, et, en arrière, en dirigeant l'incision transversalement du point de section du ligament large d'un côté au même point de l'autre côté.

La collerette étant disséquée avec les doigts ou les ciseaux ; sur les côtés, au niveau de l'insertion des ligaments larges, l'arcade artérielle, puis l'artère utérine seront pincées ; le col sera disséqué jusqu'au vagin reconnu à sa dépressibilité spéciale, à son aspect blanchâtre et enfin à sa sonorité.

Le vagin sera ouvert puis détaché au bistouri ou aux ciseaux, de préférence sur le côté ou en arrière, afin de permettre le refoulement de la vessie s'il était incomplet.

b) Tumeur enclavée du bassin. — Si la tumeur est développée aux dépens du segment supérieur de l'utérus, des tractions la désenclaveront pour rentrer dans le cas précédent; cette manœuvre nécessite parfois la section d'un ligament large in situ, ou des deux s'ils sont accessibles.

Si la tumeur est développée dans le segment inférieur, l'opération se fera dans le ventre. La tumeur étant fixée par le désenclaveur, si les ligaments larges sont accessibles, ils seront incisés sur une pince coudée plus facile à manœuvrer dans le fond du bassin : il sera bon aussi, dans ces cas-là, d'enlever les annexes.

La collerette devra être plus grande, puisqu'elle devra refermer une cavité plus considérable. Pour ses dimensions, on se préoccupera seulement de la vessie qui, dans certains cas, peut être entraînée jusqu'au niveau de l'ombilic.

Le sommet de la vessie reconnu, la collerette sera tracée et disséquée à la manière ordinaire ; le temps le plus difficile est l'isolement de la tumeur pendant la traversée du plancher pelvien ; en revanche, le vagin est facile à trouver et à ouvrir.

c) Tumeur incluse dans le ligament large. — Après avoir déterminé le siège de la tumeur au moyen de la situation des annexes et du fond de l'utérus, on pratiquera, sur le grand axe de la tumeur, une incision suivant la direction du ligament large. Les bords de cette incision décollés de chaque côté, on enfoncera le désenclaveur dans la tumeur qui, tiraillée et décollée, sera extirpée. On décapitera le ligament large qui sera ainsi ramené à des proportions normales, puis le ligament large de l'autre côté sera traité à la manière ordinaire.

Quand l'opération est terminée, il existe, d'un côté de la collerette, un ligament large dont les deux feuillets sont décollés, les vaisseaux utéro-ovariens ont été pincés au fur et à mesure de leur section. On peut alors les lier séparément ou, mieux, faire un pédicule qui rétrécira l'excavation formée par le ligament large dédoublé. Il suffira de

fermer ensuite, par un surjet, le ligament large de telle sorte que, l'opération terminée, l'excavation pelvienne présentera toujours le même aspect.

A quelque sorte de tumeur qu'on ait eu affaire, l'hémostase est la même et doit être faite avec le plus grand soin, c'est la partie la plus délicate de l'opération. Les quatre sources artérielles nécessitent quatre pédicules, deux pour les vaisseaux utéro-ovariens saisis par les pinces-clamp, deux autres pour les artères utérines qui ont été repérées avec une pince pendant l'isolement du col. En général, il faut lier tout ce qui saigne.

Le pédicule des vaisseaux utéro-ovariens se fait exactement de la même façon que dans la castration abdominale totale pour suppurations pelviennes.

La ligature des artères utérines est très simple à la condition d'avoir isolé le vaisseau avec une seule pince. Il arrive, en effet, fréquemment, pendant l'isolement du col, de blesser l'artère utérine dans deux ou trois points ; chaque fois, un jet de sang ; chaque fois aussi une pince ; de sorte que, la tumeur enlevée, l'artère utérine se trouve prise par deux ou trois pinces superposées et souvent mal placées. De ces trois pinces une seule est nécessaire. Lorsque l'artère utérine est bien prise, on la lie avec un fil de soie que l'on a soin de passer dans la paroi vaginale pour éviter tout glissement.

On est quelquefois obligé de passer deux ou trois fils sur des vaisseaux vaginaux qui donnent au fond de la plaie.

Enfin, pour diminuer les surfaces cruentées, il est bon de placer en avant et en arrière trois ou quatre points de sutures réunissant les bords de la collerette au vagin et faufilant les parties cruentées.

La cavité péritonéale est alors fermée au moyen d'un surjet à points serrés unissant séreuse à séreuse la collerette péritonéale. On enlève les compresses qui refoulaient les intestins, le petit bassin est essuyé, et un drain allant du fond du Douglas à l'angle inférieur de la plaie, le ventre est refermé puis pansé avec de la gaze iodoformée et de la ouate

de tourbe. L'opération a duré de une heure un quart à deux heures.

Le pansement est renouvelé au bout de vingt-quatre heures et le drain est généralement supprimé après quarante-huit heures. A partir du sixième jour on commence les injections vaginales qui doivent détacher les tampons : car on ne doit pas tirer sur eux par crainte d'hémorrhagie. La malade garde le lit jusqu'au dix-huitième jour et sort généralement guérie le vingt-unième jour.

On trouvera peut-être que nous nous sommes étendu un peu longuement dans la description de ce procédé ; nous avons laissé la parole à M. H. Delagénière, craignant que sa technique ne fût pas bien comprise si nous n'en donnions qu'un résumé succinct.

B) *Procédé de M. Le Bec* (1). — Profitant des remarques de M. Doyen sur la circulation utérine, M. Le Bec ne met que quatre ligatures.

La tumeur sortie du ventre, on tend les ligaments larges afin d'apercevoir l'espace cellulaire existant entre les groupes vasculaires. Une aiguille ou une pince y introduit deux grosses soies qui sont liées l'une au dehors des annexes, l'autre contre l'utérus, et le ligament large est sectionné entre ces deux ligatures.

Ligature indépendante des ligaments ronds.

Le péritoine sectionné horizontalement sur la tumeur permet d'isoler la vessie et de la refouler derrière le pubis avec les uretères.

Si la tumeur est gênante par son volume, on l'étreint avec un lien élastique au-dessus duquel on la coupe ; sinon, on passe à la ligature des utérines. La tumeur rabattue sur le pubis, une pince introduite par le vagin fait saillir le cul-de-sac postérieur qu'on incise entre les mors largement ouverts pour tendre la paroi.

On renverse la tumeur sur le ventre, et le cul-de-sac

(1) *Ann. de gynéc.*, t. XLIV, p. 356.

antérieur est ouvert de la même façon que le postérieur.

Si ces ouvertures, agrandies par la pince largement ouverte, saignaient, les vaisseaux seraient saisis et liés.

La pince introduite par le cul-de-sac postérieur entraîne un long fil de soie qu'elle ramène par l'antérieur, et successivement les deux utérines sont liées.

Si la tumeur n'a pas été enlevée comme il a été dit, elle est alors coupée au-dessus du col qui est fendu verticalement suivant l'axe de la cavité utérine, ou mieux sur le côté, de façon à former deux moignons qui, réduits avec des ciseaux, conserveront cependant assez de relief pour empêcher le glissement des ligatures posées sur les utérines.

Une pince introduite par le vagin y entraîne les utérines, et le petit bassin est complètement fermé au-dessus, en suturant par le ventre, avec du catgut, les lambeaux péritonéaux détachés du fibrome en avant et en arrière. Suture de la paroi abdominale.

Le vagin nettoyé, un drain en T est placé entre les pédicules retournés dans le vagin afin d'y permettre des lavages antiseptiques indispensables.

En cas d'ancienne pelvi-péritonite, ou de destruction de vastes adhérences, le péritoine pelvien n'est pas suturé et on y introduit pour quarante-huit heures un gros drain plongeant dans le Douglas. Durée de l'opération, cinquante minutes à une heure un quart.

A ne consulter que les cas publiés, la statistique de M. Delagénière (1) est meilleure que celle de M. Le Bec (2), bien que sa technique exige plus de temps, presque le double. Le choc étant à redouter dans une pareille opération, il n'est pas indifférent de laisser une femme sous le chloroforme et de travailler dans son ventre pendant une heure ou pendant deux heures.

M. Delagénière fuit le vagin comme la peste; M. Le Bec

---

(1) **Delagénière.** *Loc. cit.*

(2) **Le Bec.** *Loc. cit.*

n'a pas la même crainte, s'il n'y met pas les doigts, ses pinces s'y promènent à plusieurs reprises ; peut-être est-ce là une des causes de ses revers? En tous les cas son hémostase est inférieure, il a eu des ligatures qui ont glissé et ont causé des hémorragies malgré les moignons du col qu'il laisse en place et qui, s'ils sont insuffisants pour retenir les ligatures, pourraient bien avoir déterminé les phénomènes infectieux qu'il a observés. Il le reconnaît lui-même implicitement puisqu'il recommande de mettre entre ces deux moignons un drain destiné à permettre les lavages *indispensables*.

Sans faire la critique de ces méthodes, nous nous permettrons d'observer que la fermeture minutieuse du péritoine pelvien ne nous paraît pas absolument nécessaire. Après l'ablation de ces grosses tumeurs plus ou moins adhérentes, il y a un suintement abondant. M. Delagénière y pourvoit en mettant un drain ressortant par la plaie du ventre; M. Le Bec en ne fermant pas complètement le péritoine pelvien de façon à engager un drain dans le cul-de-sac de Douglas. Dans l'esprit des auteurs cette suture a pour but de mettre à l'abri de la péritonite ; mais ceux qui font l'hystérectomie vaginale ou l'hystérectomie abdominale totale avec des pinces ne ferment pas le péritoine pelvien, mais le drainent au moyen d'une mèche de gaze iodoformée, ce qui ne les empêche pas d'éviter la péritonite, d'avoir de brillants succès et même des séries blanches. Une suture minutieuse du péritoine pelvien prolonge l'opération et n'est pas d'une utilité absolument démontrée. En laissant béante la plaie péritonéo-vaginale, on a cité des cas où les intestins s'agglutinant à la cicatrice, donnaient lieu plus tard à des accidents d'obstruction interne. Cette fusion serait occasionnée par le drain iodoformé irritant la séreuse intestinale. Pour obvier à cet inconvénient, il suffit d'accoler séreuse à séreuse le milieu de la plaie péritonéo-vaginale, les angles restant entr'ouverts pour permettre l'écoulement des liquides. Ce résultat serait facilement obtenu par deux ou trois points de suture exécutés par le ventre pour ceux qui redoutent le

vagin, ou par une pince placée par la vulve et réunissant le milieu des tranches du vagin et du péritoine pour ceux qui se croient sûrs de leur asepsie vaginale. Cette petite manœuvre ne prendrait que quelques minutes et suffirait à mettre l'intestin à l'abri des pièces de drainage.

VII

Les deux procédés d'hystérectomie abdominale totale qu'il nous reste à voir varient dans leur technique, mais sont identiques dans leurs moyens rapides et sûrs d'hémostase : les pinces.

A. — Procédé de M. Doyen (1). — La tumeur, sortie du ventre, est rabattue sur le pubis et recouverte de serviettes stérilisées. Le péritoine est incisé d'un seul coup depuis le cul-de-sac de Douglas jusque sur le point le plus saillant de la tumeur.

Le vagin est ouvert en arrière du col par une pince de Terrier poussée par le vagin et qui doit être abandonnée là jusqu'à la fin de l'opération. Le péritoine est alors sectionné transversalement en forme de raquette dont la queue serait en arrière. L'incision part de la section longitudinale postérieure de la séreuse, suit l'équateur de la tumeur, remonte latéralement au-dessus des annexes, passe en avant loin de la vessie, contourne de nouveau les annexes pour aller se terminer en regard de son point de départ.

Faisant alors tenir, entre les doigts de l'aide, le ligament large gauche pour obturer les vaisseaux utéro-ovariens, l'opérateur le détache prestement de l'utérus d'un coup de bistouri ou de deux ou trois coups de ciseaux en prenant soin d'empiéter plutôt sur le tissu utérin ; un fil jeté au-dessus des annexes étreint la partie du ligament détaché et remplace les doigts de l'aide.

La séreuse est alors rapidement décollée, avec les doigts

(1) *Arch. prov. de chir.*, *loc. cit.*

ou des ciseaux mousses, des faces antérieure et postérieure de la tumeur, et le deuxième ligament est à son tour détaché et traité comme le premier.

La vessie se trouve alors refoulée derrière le pubis, la séreuse a été décollée jusqu'aux culs-de-sac antérieur et postérieur, la tumeur ne tient plus que par le vagin et les utérines sur les côtés

En rasant le tissu utérin, on détache d'un seul coup en complétant la décortication sous-péritonéale, la totalité de la tumeur, y compris le col visible par l'incision du cul-de-sac postérieur faite au début de l'opération.

C'est à peine s'il est nécessaire de lier une ou deux artérioles au voisinage du côl. Les fils assurant l'hémostase des pédicules latéraux sont saisis par la pince de Terrier laissée dans le Douglas, et ramenés à la vulve par le vagin, entraînant la vaste collerette péritonéale qui entourait la tumeur.

Le ventre est momentanément fermé à l'aide de trois ou quatre pinces tire-balle, et l'hémostase définitive des ligaments larges est pratiquée à l'aide de deux pinces à mors élastiques de l'auteur placées par la vulve. On fait alors la toilette du péritoine dont la partie pelvienne est fermée par un surjet à la soie, on suture la plaie abdominale et on tamponne le vagin avec de la gaze aseptisée, en plaçant au besoin un double drain au-dessous du tampon.

D'après l'auteur, six à dix minutes après avoir pris le bistouri, la tumeur est enlevée. Le fait est que nous avons vu plusieurs fois M. Doyen remplir complètement ce programme avec une sûreté et une maestria peu communes. Il n'est utile de morceler la tumeur que dans le cas où elle serait très adhérente, et où l'impossibilité de la rabattre sur le pubis rendrait difficile l'accès du cul-de-sac de Douglas qui ne serait ouvert que plus tard.

B. — Procédé de M. Richelot. — M. Richelot (1) a donné une technique très simple qu'il a nommée définitive,

(1) *Ann. de gynécol.*, t. XLIV, p. 350.

voulant dire par ce terme qu'il la préférait aux autres, s'en tenant là jusqu'à ce que des procédés meilleurs soient trouvés et démontrés.

La malade étant couchée sur un plan incliné, l'opérateur se place à sa gauche pour ouvrir le cul-de-sac antérieur, puis à sa droite pour appliquer les pinces.

Il commence par ramener au type normal les cas atypiques en énucléant les fibromes gênants, interstitiels, intraligamentaires ou autres.

Ayant taillé le lambeau péritonéal antérieur pour séparer la vessie et la rejeter derrière le pubis, son index gauche introduit par le vagin fait saillir le cul-de-sac antérieur qu'il ouvre en rasant l'utérus avec les ciseaux.

Ses mains aseptisées de nouveau agrandissent par le ventre la perforation du cul-de-sac antérieur, sans aller jusqu'à l'utérine sur les côtés, puis, avec la pointe des ciseaux mousses, il pratique un *orifice étroit à la base du ligament large au ras du col, immédiatement au-dessus de l'insertion vaginale.*

Pour trouver facilement le point et guider les ciseaux, pendant ce temps, il embrasse le ligament large de la main gauche, les doigts en dessous et le pouce au-dessus.

Cet orifice est immédiatement au-dessus de l'insertion vaginale. La pince est alors introduite par le vagin, le mors postérieur s'engageant dans cet orifice, le mors antérieur glissant par l'ouverture faite au cul-de-sac ; elle est poussée à fond, de façon à prendre le ligament large, puis serrée. Le second ligament large ayant été pincé de la même manière, il ne reste qu'à détacher rapidement l'utérus en coupant en dernier lieu l'insertion postérieure du vagin. L'hémostase est complétée, s'il y a lieu, par deux ou trois longuettes de seize placées par la vulve, et un tampon iodoformé est introduit dans le vagin, entre les pinces, après quoi le ventre est refermé à la manière ordinaire.

L'opération est ainsi ramenée au type de l'hystérectomie vaginale ordinaire, les soins consécutifs sont les mêmes et

les dangers courus ne sont pas plus grands. Toutes les manœuvres indiquées sont simples et n'ont rien de difficile pour une main tant soit peu exercée ; il en est une cependant qu'on ne peut réussir que dans certaines conditions et qui pourrait causer quelqu'étonnement à celui qui, l'essayant pour la première fois, n'y arriverait pas : c'est celle qui consiste à ouvrir le cul-de-sac antérieur sur l'index gauche poussé par le vagin.

La tumeur étant sortie du ventre entraîne avec elle le col et le vagin qui s'allonge jusqu'à acquérir une longueur extraordinaire. Vous introduisez l'index gauche dans le vagin, vous poussez, vous poussez au delà du possible et vous ne rencontrez rien. Cela nous est arrivé la première fois que nous avons fait une hystérectomie abdominale totale par le procédé de M. Richelot. Il n'y a alors qu'un moyen, repousser la tumeur dans le petit bassin ; le vagin récupère sa longueur normale, le col descend et l'index gauche venant à son contact, peut faire saillir le cul-de-sac antérieur.

VIII

Dans les mains de leurs auteurs, toutes ces techniques ont donné de bons résultats, des statistiques excellentes, tant il est vrai de dire : tant vaut le chirurgien, tant vaut le procédé. Cependant, tout en reconnaissant qu'il est utile de les connaître toutes, de pouvoir à un moment donné être capable d'utiliser les ressources diverses qu'elles nous offrent, il est cependant permis de faire un choix judicieux et d'aborder les fibromes avec un plan opératoire choisi, quitte à le modifier au cours de l'opération si on voit qu'on peut faire mieux autrement.

En y regardant d'un peu près, ces méthodes ne sont pas tant dissemblables, et certains de leurs temps sont communs

Pour l'hystérectomie vaginale, quand on doit recourir au morcellement, qu'on le pratique à la manière de MM. Péan-Segond, ou à celle de MM. Doyen-Quénu, c'est toujours du

morcellement, avec des nuances c'est vrai, nuances qui dans la pratique ont bien leur importance, mais qui ne suffisent pas pour constituer une méthode originale en tout. Nous dirions volontiers que les nuances constituent des progrès, des simplifications opératoires, tout en dérivant de la méthode générale.

Nous pourrions appliquer les mêmes remarques aux procédés d'hystérectomie abdominale totale de M. Delagénière ou de M. Le Bec : c'est toujours de la ligature comme hémostase. Employée d'une manière un peu différente en réalité, mais dans leurs grandes lignes, les procédés ne diffèrent pas tant que cela. Poser des ligatures puis couper, suturer le péritoine et drainer, lier soigneusement tout ce qui saigne ; en somme, à part les questions de priorité que nous ne voulons pas aborder ici, nous ne voyons pas là de quoi constituer des méthodes distinctes dans la véritable acception du mot.

La différence la plus tranchée qui existe est dans les procédés d'hémostase : les ligatures ou les pinces. Et bien que pour certains auteurs le procès soit encore pendant, il nous paraît jugé, et, d'une manière générale, nous n'hésitons pas à donner gain de cause aux pinces.

Au point de vue de la sécurité, elle est égale sinon supérieure avec les pinces. Tout le monde sait placer une pince et il est bien des chirurgiens qui ne savent pas faire solidement une ligature qui, dans l'espèce, n'est pas toujours facile. Consultez toutes les pièces du procès, les discussions, les statistiques, vous trouverez moins d'hémorrhagies consécutives, pas plus de péritonites, ni d'accidents post-opératoires. Au cas où une hémorrhagie surviendrait par suite d'une faute opératoire, il est plus facile d'y parer avec une pince appliquée postérieurement sur le point saignant, que d'aller replacer une ligature au fond du vagin. Le procédé des pinces étant plus simple, plus expéditif, donnant d'aussi bons résultats, nous le préférons aux autres.

On lui a reproché les douleurs qu'il impose aux opérés

pendant les quarante-huit heures qui suivent l'acte opératoire. N'y a-t-il pas là quelque exagération, et au demeurant, cette raison suffirait-elle pour faire tomber en discrédit un procédé si supérieur sous tous les autres rapports? Ces douleurs qui doivent être grandes si, à l'exemple de M. Péan dans ses premières opérations, on parvient à loger jusque 50 pinces dans un vagin, sont bien moindres, si comme MM. Doyen, Quénu, Richelot, on n'y laisse que 4 à 6 pinces. En réalité ces souffrances sont très variables et souvent plus morales que réelles. Dans les hystérectomies déjà nombreuses que nous avons faites avec les pinces, nous avons été frappé de voir que certaines malades s'en apercevaient à peine, tandis que d'autres s'en plaignaient amèrement. Certaines, ignorant qu'elles avaient des pinces, se plaignaient modérément et ne commençaient à gémir que quand on leur disait qu'on allait les retirer ; d'autres, connaissant la manière dont elles avaient été opérées, se lamentaient encore plus après l'ablation des pinces qu'avant, persuadées qu'elles étaient qu'on en avait laissé plusieurs en place. D'où nous concluons que ce supplice des pinces a été un peu exagéré, peut-être pour les besoins de la cause, et, qu'en tous les cas, il n'est pas assez important pour entrer sérieusement en ligne de compte dans le choix d'un procédé.

Sans hésitation nous préférons donc les pinces pour toutes les hystérectomies, qu'elles soient vaginales ou abdominales totales, nous réservant d'emprunter aux autres procédés au cours de l'opération, si nous rencontrons des indications particulières, car, avant tout, il faut songer au salut de l'opérée, et, pour cela, profiter de toutes les ressources à notre disposition sans parti pris.

Pour un fibrome moyen, du volume d'une tête d'enfant par exemple, nous employons le procédé de M. Doyen, l'hémisection antérieure sans hémostase préventive.

La technique en est parfaitement réglée, rapide et sûre, sans le moindre danger d'hémorrhagie. Après l'ouverture des

culs-de-sac, prenant toujours comme point de repère et comme guide la surface utérine recouverte du péritoine, il ne permet pas de s'égarer ; le vagin n'étant pas encombré de pinces préventives, les manœuvres y sont plus aisées, partant plus sûres ; la perte de sang est insignifiante et les pinces donnent toute sécurité pour l'hémostase définitive. Ce procédé est si sûr et si expéditif qu'il nous a permis d'enlever des utérus moyens en huit minutes, et nous sommes loin de prétendre égaler la dextérité de M. Doyen.

Pour les gros fibromes justiciables de l'hystérectomie abdominale totale, nous nous trouvons partagé entre deux procédés également bons, que nous avons expérimentés avec le même succès et que nous employons aussi volontiers l'un que l'autre : celui de M. Doyen et celui de M. Richelot. Il y a là une question d'aide assez difficile à trancher d'avance.

La technique de M. Doyen, plus brillante, plus rapide, exige un aide rompu à ce genre d'opérations et même dans ce cas l'utérine peut parfois vous causer quelque ennui.

Celle de M. Richelot, peut-être un peu moins expéditive, permet au chirurgien d'opérer presque seul, il suffit que l'aide lui porte le fibrome à droite ou à gauche selon les besoins ; à la rigueur, on pourrait même s'en passer, surtout si on employait l'élévateur de M. Aug. Reverdin. Il y a là une facilité qui n'est pas toujours à dédaigner, car au point de vue post-opératoire et au point de vue de l'hémostase définitive les procédés sont également sûrs. M. Doyen retourne les ligaments larges dans le vagin, applique ses pinces à la vulve et suture le péritoine pelvien, tandis que M. Richelot se borne à abaisser les ligaments larges pour les charger sur les pinces presque *in situ*, et leurs opérées guérissent aussi bien d'une manière que de l'autre.

Nous conseillerions volontiers à ceux qui sont rompus dans la pratique, qui sont sûrs d'eux-mêmes et de leur aide, de recourir à la technique de M. Doyen ; ceux qui n'ont pas un aide éprouvé ou qui redoutent les incidents opératoires feront mieux de suivre la technique de M. Richelot.

Comme conclusion, nous ne pouvons mieux faire que de répéter ce que nous avons déjà dit : un chirurgien soucieux de la vie de ses malades, tout en employant un procédé de préférence aux autres, doit être rompu avec les détails de toutes les techniques préconisées pour enlever les fibromes, afin d'être prêt à changer ses habitudes selon les imprévus, et de pouvoir associer extemporanément les divers procédés pour mener à bien son entreprise : la guérison de la malade.

REVUE CLINIQUE

KYSTE HYDATIQUE DES TROMPES

Par **M. Benoit**, interne des hôpitaux.

Les kystes hydatiques du petit bassin ont été mentionnés plusieurs fois ; il en existe tant en France qu'à l'étranger une trentaine de cas ; mais aucun n'était développé uniquement dans les trompes.

La tumeur que j'ai rencontrée (1) est constituée par les deux trompes extraordinairement distendues et remplies de vésicules hydatides ; elle a été enlevée par laparotomie le 24 mars par M. le Dr Doléris.

Voici l'observation de la malade :

Mme D..., âgée de 39 ans, fille de bouchers, a vécu pendant toute son enfance en contact avec des chiens. Jusqu'à 19 ans, elle n'a éprouvé rien d'anormal et n'a eu aucune maladie ; elle était réglée très régulièrement.

Elle se marie à 20 ans avec un boucher qui abat lui-même et a toujours plusieurs chiens dans son étal. Un an après son mariage, la malade commence à éprouver de légères douleurs dans le ventre ; ses règles sont moins règulières et plus abondantes. Ces

(1) La pièce a été présentée à la *Soc. anat.* dans la séance du 27 mars 1896. Voir *Bulletin*, p. 270.

douleurs persistent pendant plusieurs années et présentent des phases d'exacerbation et d'accalmie. Examinée il y a huit ans par un médecin de Pau, on constate une tumeur assez volumineuse dans le petit bassin. Plusieurs examens ultérieurs furent faits par divers médecins. Les diagnostics furent variables, on pensa à une grossesse ectopique, à un fibrome utérin.

Depuis trois ans la tumeur augmente; les règles sont abondantes; la malade éprouve des douleurs assez vives, de la pesanteur dans le petit bassin. La miction et la défécation sont difficiles et douloureuses.

La malade consulte il y a six mois M. Doléris, qui constate une tumeur volumineuse remontant jusqu'à l'épigastre. Cette tumeur consistante offre cependant au palper une élasticité particulière. Au toucher, on sent les culs-de-sac vaginaux déprimés par une tumeur très dure, l'utérus est immobilisé et semble faire partie de la tumeur.

En raison de sa consistance particulière, de sa marche, et des symptômes fonctionnels, on fait le diagnostic de fibrome interne.

On pratique la laparotomie dans l'intention de faire une hystérectomie abdominale et totale.

Opération. — En incisant le péritoine, on trouve des adhérences multiples et étendues du tablier épiploïque avec la tumeur. Celui-ci la recouvre entièrement, la pénètre par endroits, et s'enfonce principalement en se confondant avec elle vers la fosse iliaque droite et le même côté du bassin. La tumeur est d'aspect bosselé, offre par place, l'aspect de circonvolutions intestinales, ne présente aucune adhérence avec le péritoine pariétal sur la ligne médiane, mais il en existe sur les côtés vers les fosses iliaques.

La tumeur occupe tout le petit bassin et remonte jusqu'à l'épigastre; elle est d'une exploration extrêmement pénible, il y a, en effet, des adhérences partout; à droite surtout avec le cæcum et l'appendice vermiculaire, en bas avec le rectum, en avant avec la vessie qui est fortement repoussée à gauche et le fond du corps utérin.

Ces adhérences sont disséquées et incisées une à une au bistouri ou au thermocautère; quand elles paraissent par trop vasculaires on fait un grand nombre de ligatures hémostatiques.

La résistance principale avait lieu sur chaque côté au niveau des ligaments infundibulo-pelviens. La section des ligaments, y

compris les vaisseaux utéro-ovariens, a été faite après double ligature. Les veines sont très dilatées, dès lors le dégagement s'est opéré avec moins de difficulté. Toutefois il a été nécessaire de gratter énergiquement de l'ongle, en s'aidant des ciseaux, pour désinsérer les lobes qui étaient plus particulièrement logés dans l'épaisseur des ligaments larges. Cette manœuvre a été faite alternativement des deux côtés.

L'utérus est recouvert en totalité par le néoplasme et il faut l'en séparer lentement et minutieusement, surtout en arrière.

On l'amène ainsi à l'extérieur, encapuchonné par la tumeur.

Les adhérences unissant celle-ci au fond de l'utérus étant extrêmement résistantes et comme finalement il n'y avait plus qu'elles pour empêcher l'ablation de la tumeur, on incise tout le fond de l'utérus après avoir saisi le corps dans un clamp fortement serré; on lie les trompes préalablement isolées à leur insertion utérine et on les incise également. Cautérisation au thermocautère de la surface saignante de l'utérus et du cul-de-sac de Douglas.

La vessie complètement déviée vers la gauche se trouve disséquée entièrement, séparée de ses attaches pelviennes, elle retombe au fond du bassin. On la remet en place aussi exactement que possible et on la suture circulairement à la paroi pelvienne au moyen d'un long surjet au catgut.

La tumeur une fois enlevée, il est procédé à une toilette minutieuse de la cavité au moyen d'éponges ; la quantité de sang perdu a été très minime; il y a très peu de caillots dans le petit bassin, qui est nettoyé très rapidement. On fait une suture en surjet pour retenir les deux lèvres du péritoine pariétal sectionné à l'insertion des ligaments larges. On place une ligature élastique sur le moignon utérin qui est pédiculisé.

Le pédicule très étroit est fixé à la paroi, on fait un court drainage avec une mèche de gaze iodoformée de dix centimètres de long.

Tumeur. — La tumeur a une forme bizarre, elle ressemble assez bien à un amas d'anses intestinales très distendues.

Elle pèse environ 2 kilogrammes, son diamètre est de 32 centimètres dans sa plus grande largeur, 28 dans sa plus petite.

Elle est constituée par les deux trompes utérines énormément distendues et développées, et remplies de vésicules hydatides.

Après avoir disséqué les adhérences réunissant les différentes

anses formées par les trompes enroulées à la façon de l'intestin, on arrive à séparer nettement chacune d'elles.

La trompe droite mesure 57 centimètres, la gauche 53, soit une longueur de 1 m. 10 pour les deux. La distension des deux conduits s'arrête à 3 centim. de l'insertion utérine pour la trompe gauche, à 1 centim. environ pour la droite. Sa coloration est blanche nacrée, presque transparente par places. La consistance est très élastique, on perçoit à merveille le frémissement hydatique. Les parois sont d'épaisseur variable, tantôt minces comme l'intestin distendu, tantôt offrant plusieurs millimètres d'épaisseur.

De chaque côté et en arrière de l'anse formée par la trompe se trouve l'ovaire d'apparence saine.

La tumeur à sa partie antéro-inférieure présente une sorte de loge; c'est à cet endroit que se trouvait encastré l'utérus que la tumeur coiffait en quelque sorte.

Une incision faite au cours de l'opération sur une partie de la tumeur a permis d'en extraire un certain nombre de vésicules hydatiques.

Le péritoine formant les adhérences, ainsi que l'épiploon, étaient remplis de petites tumeurs de la grosseur d'un pois et contenant des matières graisseuses; au microscope, on y trouve en outre l'aspect caractéristique des membranes hydatides sans crochets.

ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DU COL UTÉRIN, SA PATHOGÉNIE

Par MM. les Drs **Pilliet** et **Potocki**.

L'allongement hypertrophique de la portion cervicale de l'utérus, sur lequel on a tant écrit depuis Aran et Huguier, nous paraît susceptible d'être étudié à nouveau sur les pièces fraîches dont on peut disposer grâce aux progrès de la chirurgie et grâce surtout aux notions précises qui se sont multipliées dans ces dernières années sur les affections des organes génito-urinaires de la femme.

Les cols gros et hypertrophiés paraissent le plus souvent être déterminés par une infection provenant soit du vagin, soit d'une plaie du col lui-même, la lacération d'Emmet par

exemple. Ils présentent une série de lésions portant sur la muqueuse et sur le tissu propre du col, lésions sûrement inflammatoires et qui expliquent l'augmentation du tissu fibro-muqueux du col utérin, la dilatation de ses vaisseaux sanguins et surtout lymphatiques, bref l'œdème inflammatoire d'où résulte l'augmentation de volume de l'organe.

Nous avons retrouvé dans l'observation suivante toutes ces lésions du col ulcéré et infecté sur une pièce d'allongement hypertrophique du col utérin, ce qui nous autorise à penser qu'il ne s'agit pas là d'une affection spéciale, mais d'un type particulier de métrite cervicale de l'utérus.

Voici du reste l'observation dont il s'agit :

OBSERVATION, prise par M. le Dr POTOCKI.

Mme X..., âgée de 38 ans, est une femme grande, forte, chargée d'embonpoint, qui dit n'avoir jamais fait de maladies. Elle a eu trois enfants à terme, les couches ont été normales ; toutefois au premier accouchement qui date de 16 ans, il s'est produit une déchirure incomplète du périnée qui n'a pas été suturée.

Aussi quelques mois après sa délivrance, notre malade ressent-elle des pesanteurs dans le bas-ventre, des douleurs dans les lombes, et de légers troubles de la miction. Les accidents s'accusent de plus en plus après les autres couches et Mme X... consulte un médecin qui lui fait porter un pessaire. Cet instrument apporte un soulagement momentané, mais la malade est obligée d'en augmenter peu à peu les dimensions.

Finalement, depuis deux ans, il lui devient impossible de les conserver et même de les placer ; il lui semble, nous dit-elle, que le vagin est raccourci, et que l'utérus agrandi arrive presque au dehors. Et de fait, on constate, quand la malade est placée au bord du lit, que la vulve est entr'ouverte et que le col de l'utérus, violacé, ulcéré sur sa lèvre postérieure et légèrement déchiré, dépasse le niveau des petites lèvres. Le col a entraîné la partie inférieure de la vessie qui forme au-dessus de lui une saillie dans laquelle la sonde pénètre. Le cul-de-sac antérieur a presque complètement disparu. En arrière au contraire, le cul-de-sac postérieur existe, mais son fond n'est qu'à 3 centimètres de la fourchette.

Le périnée est déchiré largement. Le cathétérisme montre que l'utérus a sa direction normale et que sa cavité mesure 14 centimètres. On sent le fond de l'organe au-dessus du pubis. Un liquide muco-purulent s'écoule du col, mais l'utérus est absolument insensible.

La malade est bien réglée, elle dit n'avoir pas de pertes blanches.

Il s'agit en somme d'un allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale du col, représentant le type classique. Nous décidons de pratiquer l'amputation sus-vaginale du col et d'en retrancher 6 à 7 centimètres.

L'opération n'a présenté aucune difficulté et a été faite pour ainsi dire à sec, il n'y a pas eu d'hémorrhagie et nous n'avons même pas été obligé de placer une seule pince à forcipressure.

Après incision circulaire du vagin autour du col fixé par des pinces de Museux, nous avons mis à nu le col en décollant progressivement de bas en haut à l'aide du doigt et des ciseaux. Arrivé à 6 centimètres, nous avons sectionné le col au bistouri, puis suturé au catgut la muqueuse cervicale aux bords de la plaie vaginale.

L'utérus ne mesure plus alors que 8 centimètres. Nous faisons ensuite une colpo-périnéorrhaphie au catgut et à la soie. Pansement iodoformé. Sonde à demeure pendant 48 heures.

Les suites opératoires ont été aussi simples que possible.

La malade quitte le lit au bout de 18 jours. L'utérus deux mois après l'opération ne mesure plus que 7 centimètres. La malade, revue un an après, ne souffre plus, son utérus est bien maintenu et n'a pas augmenté de volume.

L'*examen histologique*, pratiqué par M. Pilliet, a donné les résultats suivants :

Le col est épidermisé tout entier, avec un épiderme très épais, recouvrant des papilles inégales et profondément découpées. L'épidermisation est incomplète en beaucoup de points. Les cellules du milieu du corps de Malpighi sont en effet par places creusées de grandes vacuoles qui ôtent à cet épithélium toute solidité. On trouve de place en place sous cet épiderme, ou bien à nu par suite de l'élimination des parties profondes, des glandes en grappes à cellules muqueuses, distendues, remplies d'éléments desquamés mêlés à des leucocytes ; et autour de ces glandes des amas de cellules rondes formant de véritables follicules inflam-

matoires atteignant le volume des follicules clos ordinaires de l'intestin.

Les artères présentent une erédo-péri-artérite énorme et finissent par être réduites à des points fibreux entourés de cellules embryonnaires. Les veines sont transformées en sinus irréguliers à parois épaisses, les fibres musculaires restantes sont hypertrophiées, mais leurs faisceaux sont peu abondants. La masse du tissu du col est formée de tissu conjonctif très lâche, œdématié et d'aspect muqueux sur certains points, surtout autour des lymphatiques qui sont considérablement dilatés.

En résumé, toutes les lésions observées sont, avec plus ou moins d'intensité, celles qu'on retrouve dans les hypertrophies moins prononcées du col, et résultant d'un processus inflammatoire. L'état des glandes, celui des vaisseaux surtout montrent suffisamment l'existence de l'inflammation et son rôle actif dans la pathogénie de l'hypertrophie du col. On pourrait se demander si cette inflammation est surajoutée à l'hypertrophie; mais l'observation clinique nous apprend qu'il y a eu déchirure du périnée et que l'on a observé plus tard une ulcération du col, reliquat évident d'une déchirure contemporaine de celle du périnée. Nous croyons donc pouvoir conclure que l'allongement hypertrophique du col utérin peut être et est, du moins dans notre cas, la suite d'une infection de la muqueuse et des tissus profonds du col.

REVUE GÉNÉRALE

DE L'HISTOLOGIE DE L'UTÉRUS DANS SES RAPPORTS AVEC SES TENDANCES NÉOPLASIQUES

Par **W. Roger Williams** (1).

I. — PORTION VAGINALE

La *portion vaginale* est cette portion de l'utérus qui fait saillie dans le vagin. Elle est tapissée par un épithélium pavimenteux.

---

(1) *The Medical Chronicle*, 1896, nº 6, p. 417. Traduit par le Dr R. LABUSQUIÈRE.

Elle comprend toute la portion située entre l'orifice externe et la voûte du vagin. Anatomiquement, elle diffère du reste de l'utérus et ressemble plutôt au vagin. Même analogie existe sous le rapport de ses tendances néoplasiques. Chez la femme nullipare, cet organe se présente sous la forme d'une masse lisse, cylindrique, ou plus exactement conique, avec une petite dépression à son centre, dépression qui est l'orifice inférieur de la cavité cervicale, *orifice externe*. Cet orifice externe est constitué par deux lèvres, antérieure et postérieure, réunies par une commissure épaisse; l'antérieure, du fait de l'antéversion normale de l'utérus, paraît plus grosse et plus accusée. Chez la femme multipare, la portion vaginale est moins proéminente, l'orifice plus grand et de forme irrégulière. Les lèvres, souvent, sont rugueuses et lobulées avec des cicatrices et des fissures, reliquats de traumatismes et de lésions en rapport avec le travail de l'accouchement.

La portion vaginale est tapissée par une expansion de la membrane de revêtement du vagin. Et comme la muqueuse du vagin, le revêtement muqueux de la portion vaginale ressemble, anatomiquement, à l'épiderme sauf que, comme cette muqueuse, il ne contient ni glandes, ni poils et que le processus de kératinisation est incomplet. Suivant toute probabilité, les cellules de la couche de Malpighi sont pauvres en pigment; en tout cas, les processus mélaniques sont, en cette région, extrêmement rares. Dans la partie qui correspond au réseau muqueux, sont enfouies des papilles nombreuses, délicates, filiformes ou claviformes et contenant des anses vasculaires. Une couche unique de cellules épithéliales, cylindriques, disposées perpendiculairement, tapisse chaque papille et les dépressions intermédiaires. Durant l'état fœtal et même pendant la première enfance, les extrémités de ces papilles saillent au-dessus de la surface libre de la muqueuse, mais, plus tard, elles sont recouvertes par un épithélium épais, aplati et stratifié. Les couches intermédiaires accusent le polyphormisme épidermique normal. Au-dessous de l'épiderme, le chorion en grande partie constitué par du tissu fibreux, pauvre en éléments

(1) B. Barnes a cité un cas intéressant de pigmentation de la portion vaginale, sous la dépendance d'un prolapsus utérin. La portion exposée était pigmentée et d'aspect cutané, tandis que l'autre avait conservé ses caractères habituels.

cellulaires mais riche en tissu élastique ; çà et là, irrégulièrement disséminés, des éléments musculaires lisses.

La muqueuse de la portion vaginale, comme celle du vagin, sécrète un mucus acide, tandis que la sécrétion du col est alcaline. Cette sécrétion ne saurait être un produit glandulaire puisque la muqueuse est, comme il a été déjà dit, dépourvue de toutes glandes ; c'est plutôt une sorte de déliquium résultat de la désintégration et de la liquéfaction des cellules épithéliales superficielles.

La portion vaginale est si peu sensible aux excitants ordinaires qu'on peut la couper, la cautériser sans déterminer, ou à peu près, aucune douleur, et l'on s'est demandé si, par hasard, elle ne serait pas dépourvue de nerfs, question qui a été résolue par la négative par le plus grand nombre de ceux qui s'en sont occupés. Cette portion de la matrice est moins vasculaire qu'aucune autre, et l'on a dit qu'elle recevait encore moins de sang dans l'état de gestation que dans l'état de vacuité. Les lymphatiques y sont également moins développés.

Pour la portion vaginale comme pour la peau, l'épiderme joue un rôle important dans la formation des éléments papillaires. Ces éléments résultent de la pénétration dans les tissus sous-jacents des cellules épidermiques en voie de prolifération. Le fait morphologique capital, qui marque la transformation de l'hyperplasie épithéliale simple en cancer épithélial, consiste essentiellement dans la répétition exagérée, indéfiniment soutenue de ce même processus. Le cancer de la portion débute exactement de la même manière : cellules des régions interpapillaires du réseau muqueux, qui prolifèrent, s'enfoncent dans le stroma fibreux sous-jacent, constituant d'abord des bourgeons, puis des colonnes envahissantes. Ces cellules se multiplient et se développent dans une sorte de demi-indépendance, sans pour ainsi dire tenir aucun compte des besoins des parties voisines et de l'organisme en général. Dans les formes les moins sévères de la néoplasie, la néoformation ne dépasse pas cette phase initiale. Les cellules envahissantes conservent leur forme normale et s'éloignent peu de leur disposition réciproque habituelle. Quand les colonnes épithéliales ne pénètrent pas profondément, l'évolution du processus est lente, et la généralisation de l'affection rare : il s'agit de la a) *variété tubulaire*. Dans la forme grave, les écarts des

conditions anatomiques normales sont plus marqués. Le groupement des cellules est altéré ; il y a formation de « *nids* » ; les colonnes épithéliales s'allongent vite, s'enfoncent profondément, se ramifient, s'anastomosent, et, plus ou moins tôt, la généralisation s'accomplit, c'est alors la *b) variété lobulaire.*

Telles sont les variétés de cancer qui se développent au niveau de la portion vaginale. Mais, indépendamment de ceux-là, d'autres variétés peuvent s'y rencontrer. En certaines conditions pseudo-pathologiques, l'épithélium cylindrique du col empiète sur le territoire à revêtement épidermique de la portion, et peut devenir le point de départ de cancers à éléments cylindriques, analogues à ceux qui prennent naissance dans le col. Cet envahissement de la portion vaginale est si commun, que le plus grand nombre des cancers qu'on y observe reconnaissent cet origine (1).

Il paraît vraisemblable que la plupart de ces éléments erratiques doivent leur situation anormale à des anomalies dans le développement. A une époque précoce de la vie embryonnaire, la portion supérieure du vagin, du reste comme le col, est tapissée par un épithélium sub-cylindrique. Or, dans sa transformation ultérieure en pavimenteux, des îlots de cet épithélium peuvent persister inaltérés. Klotz et d'autres observateurs ont démontré, sur des adultes, l'existence de ces particularités anatomiques, tandis que Fischel a fait voir que, chez les jeunes enfants, il existe, habituellement, de l'épithélium cylindrique sur un espace de la portion vaginale encore assez distant de l'orifice externe. Chez les multipares jeunes, la ligne de jonction entre les cellules épidermiques de la portion et les cellules cylindriques du col est à l'orifice externe, avec cependant une zone étroite de cellules de transition entre les deux épithéliums. Mais, chez les multipares, l'orifice externe est rarement ainsi disposé. Car, chez elles, souvent, les cellules aplaties, pavimenteuses, s'étendent sur une distance variable, souvent considérable, dans la cavité cervicale. *Exceptionnellement, elles peuvent même se rencontrer presque dans le corps de l'utérus* (Zeller, Schuchardt, Fritsch). — De ce

(1) De 21 cancers primitifs de la portion vaginale, histologiquement étudiés par Ruge et Veit, 20 avaient pour point de départ cet épithélium erratique (*Der Krebs der Gebärmutter*, 1881).

qui précède, il ressort que *la ligne de démarcation entre les deux épithéliums est fort variable, et que les deux épithéliums se trouvent, habituellement, mélangés de chaque côté de cette ligne sur une distance plus ou moins grande. Aussi, ne faut-il pas s'étonner si l'on voit des cancers à cellules pavimenteuses se développer sur le col et même sur le corps de l'utérus.*

Ici, je dois faire une brève allusion à l'invasion de la portion vaginale par des prolongements de glandes cervicales (soi-disant « érosions ») qui, si fréquemment, se font durant la vie post-embryonnaire, consécutivement à des processus de prolifération de nature inflammatoire ; également, aux conditions quelque peu semblables qui résultent d'un prolapsus partiel (« ectropion ») de la muqueuse cervicale, que ce prolapsus soit simplement la conséquence de déchirures, etc., au cours de la parturition, de dégénérescences kystiques, ou d'autres états pathologiques. D'autre part, il semble que ces faits d'hétérotopie sont, pour la plupart, d'origine congénitale, mais qu'ils ne se manifestent qu'à l'occasion de phénomènes inflammatoires.

Ce sont là les éléments cellulaires qui jouent le principal rôle dans la pathogénie des cancers de la portion vaginale du col. Les diverses phases du processus qui de ces cellules cylindriques, erratiques de la portion, engendre les cancers glandulaires, seront décrites à l'occasion de l'étude des cancers du col dont le processus est identique.

Quand la prolifération épidermique est à peine plus active que la prolifération normale, la néoplasie se réduit à des papillomes. En ces conditions, épiderme et éléments interpapillaires s'hypertrophient, empiétant un peu sur le derme sous-jacent qui, à son tour, s'épaissit plus ou moins. Dans les néoformations de cette espèce, forme, arrangement, groupements normaux des cellules sont conservés; il y a seulement excès de formations cellulaires. L'individualité de ces néoplasmes est peu accusée ; ils diffèrent à peine des hypertrophies simples, circonscrites.

Les fibro-myômes et les sarcomes de la portion vaginale sont rares; ils ne se distinguent d'ailleurs, au point de vue de leur genèse, par aucun caractère spécial des néoplasmes similaires siégeant sur un point autre de la paroi utérine.

Les kystes qui se développent sur la portion vaginale ne diffèrent en rien, quant à leur origine, des formations correspondantes du col.

II. — Col

Le canal cervical est un couloir étroit qui va de l'orifice interne à l'orifice externe, et qui fait communiquer la cavité utérine avec le vagin. Il est fusiforme et long de 2 à 3 centim. Sa muqueuse est plus mince, plus pâle, plus résistante que celle du corps. Un de ses caractères, bien typique, consiste dans le nombre de ses inégalités et de ses replis qui constituent « l'arbre de vie ». Chez la femme adulte, ils cessent, en général, au niveau de l'orifice interne. Les deux tiers supérieurs de la cavité cervicale sont tapissés par une couche unique de cellules épithéliales, cylindriques, tandis qu'un épithélium aplati, pavimenteux — extension du revêtement muqueux de la portion vaginale — tapisse plus ou moins complètement le tiers inférieur. La surface de la première portion est semée de fins orifices de glandes nombreuses qui ont été évaluées, chez la femme vierge, à 10,000. Ces glandes sécrètent un mucus épais, visqueux, alcalin; pour la plupart, ce sont de simples follicules. Toutefois, un certain nombre, particulièrement celles qui s'ouvrent entre les replis muqueux, présentent souvent des extrémités bifides, parfois même une disposition rameuse. La muqueuse est pourvue d'un épithélium cylindrique, cilié; par contre, l'épithélium qui tapisse les follicules n'est pas cilié et les éléments cylindriques ont subi la transformation muqueuse ou caliciforme, qui va avec l'élaboration de leur sécrétion spéciale. Ces cellules sont disposées perpendiculairement, en une couche unique, sur une membrane propre, délicate, qui les sépare du stroma adjacent, avec, en outre, la présence d'une couche mince, intermédiaire, de cellules fusiformes, aplaties, disposées longitudinalement. Le stroma interglandulaire est formé de tissu connectif embryonnaire dont le trait anatomique capital consiste dans sa richesse en petites cellules rondes. Ces cellules sont pourvues de noyaux ovoïdes, volumineux, mais avec très peu de protoplasma périnucléaire. Elles sont situées dans une substance fondamentale, intercellulaire, finement granuleuse ou homogène qui renferme aussi des cellules ovoïdes, des cellules fusiformes, du tissu fibreux et même quelques cellules musculaires. En allant de l'intérieur vers l'extérieur, ce tissu se continue peu à peu avec les éléments fibro-myomateux de la musculeuse utérine. La

muqueuse est largement pourvue de vaisseaux sanguins et lymphatiques.

On aperçoit, très fréquemment, dans le stroma, de petits corps vésiculaires, entièrement séparés de l'épithélium superficiel et des éléments glandulaires, ce sont les soi-disant « œufs de Naboth », communs surtout à un âge plutôt avancé. Vrais kystes contenant un mucus visqueux, semblable à celui sécrété par les glandes du col, et tapissés par des cellules identiques également à celles des glandes du col dont ils sont évidemment des dérivés par une sorte de « séquestration ». Semblables kystes proéminent encore assez souvent sur la surface de la portion vaginale, à l'orifice externe et sur le col. Dans le stroma des replis de l'arbre de vie se trouvent souvent des faisceaux musculaires.

La limite supérieure du canal cervical est formée par l'orifice interne, coarctation légère qui marque l'union entre la lumière du col et la cavité utérine. Cet orifice correspond à la partie externe, étroite, dénommée « isthme de l'utérus ». C'est environ à ce niveau que la muqueuse du col se poursuit dans celle du corps.

La plupart des auteurs s'accordent à dire que la muqueuse du canal cervical ne subit pas les modifications menstruelles et puerpérales, si ce n'est que, comme les annexes de la sphère génitale, elle participe à la congestion générale qui accompagne ces modifications. A ce moment, toutefois, les glandes cervicales sécrètent plus abondamment; et, d'après Fritsch, elles seraient même notablement hypertrophiées. Suivant certains observateurs — Küstner, Seigneux, Davidson, etc. — la portion supérieure du col, dans une petite étendue, se rapprocherait plus, anatomiquement et fonctionnellement, du corps que du reste du col, et, conséquemment, participerait aux modifications puerpérales et menstruelles. On parle souvent de cette portion, comme si elle était le « segment inférieur de l'utérus ».

Nous avons, dans ces derniers temps, grâce aux travaux de Werth (1), de Bossi, etc., appris combien vite et combien complètement se régénère la muqueuse de l'utérus après des traumatismes, comme le curettage.

---

(1) *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLIX, Hft. III, et *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, juillet 1895, p. 55.

Il paraît avéré que la plupart des cancers de l'utérus ont leur point de départ dans les glandes du col ou dans leurs prolongements hétérotopiques. Les cellules qui tapissent les glandes affectées se développent et se multiplient avec une rapidité anormale; souvent, elles s'allongent d'une façon très notable. Cornil (1) a vu leurs noyaux à des stades différents de karyokinèse. De plus, il est commun d'observer de ces cellules qui renferment plusieurs noyaux.

Sous l'influence de ces changements, les cellules épithéliales se multiplient, au niveau du siège du processus néoplasique, d'une façon exagérée; elles prennent une disposition stratifiée et empiètent sur la lumière des glandes qu'elles finissent par complètement obstruer. Les cellules néoformées perdent la forme typique des cellules-mères. Ce sont des éléments polyédriques, irréguliers, comme aplatis, etc., qui prédominent. Et, nulle part, on ne constate de cils vibratiles. La glande malade se trouve ainsi transformée en une masse claviforme de cellules polymorphes, en voie de prolifération, dont, seule, la couche périphérique retient les caractères morphologiques originels. Çà et là, des masses de cellules, gemmiformes, en voie de prolifération, pressent sur la membrane propre, la refoulent en dehors, finissent par la détruire, et agissent de même sur la couche de cellules fusiformes, aplaties, qui lui est immédiatement externe. Parallèlement, et au voisinage du processus morbide, s'opère une concentration considérable de petites cellules rondes. Simultanément aussi, les cellules épithéliales en prolifération poussent des prolongements donnant lieu à des ramifications étroites qui, à mesure qu'elles pénètrent les tissus environnants, s'anastomosent et forment un réseau irrégulier. C'est la répétition de ce processus pathologique qui aboutit à la tumeur cancéreuse. Souvent, même dans les cancers parvenus à leur complet développement, les colonnes épithéliales restent solides, pleines; mais, dans la majorité des cas, il y apparaît des lacunes, des espaces tapissés par une ou plusieurs couches de cellules cylindriques, comme dans l'adénome malin (2).

---

(1) CORNIL. *Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, des salpingites et des cancers de l'utérus.* Paris, 1889.

(2) Il est probable que la plupart des néoformations classées par les Alle-

De ce qui précède il ressort, que le processus qui préside à la formation de ces variétés de cancers n'est que la répétition exagérée, aberrante, du processus normal du développement.

On peut, ici, noter que certaines variétés d'inflammation chronique, ainsi que l'ont démontré Wyss et Friedlander, donnent assez fréquemment lieu à des néoformations épithéliales (les soi-disant « érosions »), qu'il est souvent impossible de distinguer, morphologiquement, des tissus cancéreux. Dans les deux cas, la prolifération épithéliale est nettement atypique; mais, tandis que dans le second, la néoplasie est de nature maligne, il n'en est pas ainsi dans le premier.

La paroi du col est dans l'ensemble moins épaisse que celle du corps, sa musculeuse est aussi moins développée. Toutefois, dans sa portion supérieure, la structure anatomique tend à se rapprocher de celle du corps de l'organe. La disposition des faisceaux musculaires y est très irrégulière, mais elle est surtout transversale. Dans la portion restante du col, le tissu musculaire est condensé à la périphérie; il ne participe pas à l'hypertrophie associée à la grossesse. Les faisceaux musculaires sont unis entre eux par du tissu aréolaire, riche en fibres élastiques mais pauvre en éléments cellulaires. Vaisseaux, lymphatiques et nerfs y sont en nombre.

Les sarcomes du col sont plutôt rares; toutefois, les éléments mésodermiques de la muqueuse, aussi bien que ceux de la paroi cervicale, peuvent en être le point de départ. Leur genèse est identique à celle des néoplasmes similaires du corps de la matrice.

Certaines variétés de sarcomes développés dans le col, dont les éléments anatomiques se trouvent mêlés à des tissus hétérotopiques (cartilages, os, muscles striés, etc.) ont probablement leur point de départ dans des noyaux erratiques, pris, par inclusion, sur les tissus voisins durant le développement embryonnaire. Certains kystes de la même région doivent également tirer leur origine de vestiges des canaux de Wolff ou de Müller.

Cependant le plus grand nombre des kystes du col dérivent de ses éléments glandulaires « œufs de Naboth ».

---

mands sous cette étiquette, sont plutôt des cas d'endométrite glandulaire que de cancer vrai.

Les fibro-myômes du col ont même genèse que ceux du corps de l'utérus.

III. — CORPS DE L'UTÉRUS

La surface interne de l'utérus est tapissée par une muqueuse lisse, grisâtre ou rose pâle, plus épaisse que la muqueuse du corps, le maximum d'épaisseur étant à peu près en son milieu.

Son épithélium est formé d'une couche unique de cellules cylindriques, à cils vibratiles. On voit, à la loupe, que sa surface libre est criblée d'un nombre infini de très fines dépressions qui sont les orifices de petites glandes tubulaires. Ces glandes sécrètent un liquide alcalin, qui n'a aucune des propriétés du mucus cervical, visqueux. La couche glandulaire est immédiatement adhérente à la musculeuse sous-jacente; l'union est renforcée par des faisceaux de tissu connectif, contenant des vaisseaux sanguins et lymphatiques qui des espaces intermusculaires gagnent le stroma interglandulaire; les vaisseaux artériels sont plus nombreux que les vaisseaux veineux. Il n'est pas rare que les extrémités en cæcum de glandes utérines soient entièrement enfoncées dans l'épaisseur de la musculeuse.

A cause de cette fusion des éléments musculaires et des glandes — fusion due à l'absence de tout tissu sous-muqueux — la muqueuse utérine ne ressemble à aucune autre muqueuse, ce qui a fait déclarer par certains histologistes que ce n'était pas une muqueuse.

Les glandes utriculaires sont enfoncés dans un stroma de tissu connectif embryonnaire, semblable à celui qui entoure les glandes du col; seulement, ici, les petites cellules rondes sont encore plus nombreuses. La membrane propre périglandulaire est également entourée par une couche de cellules aplaties. Léopold tient ce stroma pour un réticulum lymphatique, composé de tissu aréolaire fasciculé dont les faisceaux constituants, aussi bien que les vaisseaux sanguins et les glandes utriculaires, sont tapissés par des cellules endothéliales, et circonscrivent des espaces qu'il tient pour des espaces lymphatiques contenant des corpuscules lymphoïdes (petites cellules rondes, etc.), et de la lymphe.

Les glandes elles-mêmes sont légèrement flexueuses, tubulaires, éventuellement ramifiées à leur extrémité profonde, où elles touchent à la musculeuse. Plusieurs glandes peuvent aboutir au

même orifice. La plupart d'entre elles sont perpendiculaires à la surface; toutefois, il en est dont la direction est plus ou moins oblique. Elles sont pourvues d'un épithélium cylindrique, cilié, et à une seule couche (Friedländer, de Sinéty, Cornil), perpendiculaire à la membrane propre; chaque glande a un canal distinct. Ces cellules ont avec celles, correspondantes, du col cette différence que pas une n'est caliciforme. Ce sont aussi les seules cellules, *glandulaires*, de l'organisme qui soient pourvues de cils.

Sous l'influence de processus phlegmasiques aiguës, ces glandes s'allongent, deviennent plus flexueuses, et, grâce à un travail hyperplasique, de néoformation, elles pénètrent, même sur une étendue considérable, dans les tissus voisins: en ces cas, la lumière de la glande persiste d'ordinaire. Pourtant, quelquefois, elle se trouve complètement obstruée par les produits de la prolifération cellulaire; d'autres fois, ce processus aboutit à des formations kystiques. Certaines variétés de polypes sont aussi des produits de cette espèce de métrites. Dans ces néoformations de nature inflammatoire, les cils de l'épithélium glandulaire persistent habituellement et la couche de cellules aplaties périglandulaires s'hypertrophie, tandis que, dans les néoplasies cancéreuses, cils et cellules périglandulaires disparaissent (Cornil).

A chaque époque cataméniale, la muqueuse utérine s'hypertrophie notablement. Elle est épaissie, gonflée, œdémateuse, en état de turgescence vasculaire. Tous les éléments participent à cette sorte d'exubérance; mais ce qui domine, c'est l'accroissement rapide des cellules sub-épithéliales du stroma. Il y a également néoformation glandulaire.

D'après J. Williams, le flux menstruel est dû à la désintégration de la muqueuse, consécutive à la dégénérescence graisseuse de ses éléments constituants, éléments qui se régénèrent grâce aux portions de la muqueuse profondément situées. Möricke et d'autres auteurs nient la dégénérescence graisseuse, la desquamation et la régénération ; pour eux, l'écoulement menstruel se réduit à un phénomène vasculaire, à une sorte d'*épistaxis utérine, congestive*.

Il paraît certain que le plus grand nombre des cancers de l'utérus ont leur point de départ dans les glandes; et les diverses étapes de leur évolution sont les mêmes que celles des cancers

du col, inutile d'y revenir. Ces cancers du corps sont beaucoup plus rares que ceux du col.

Les sarcomes de la muqueuse naissent surtout des petites cellules rondes de son stroma. D'autre part, comme on ne rencontre, qu'exceptionnellement des éléments glandulaires dans ces néoplasmes, il est vraisemblable que le foyer initial de ceux-ci est rarement situé dans le voisinage immédiat des glandes utérines.

(Suit une description sommaire des modifications que subit la muqueuse utérine sous l'influence de la gestation, ainsi que des connexions anatomiques de l'utérus et de l'œuf.)

Ces connexions anatomiques sont si intimes, que ce n'est pas à leur niveau que se produit après l'accouchement la séparation de l'œuf et de l'utérus, mais bien vers la partie profonde de la caduque (zone glandulaire). Ainsi, des portions de caduque restent *in utero* et ce sont ces portions qui fournissent les éléments de la régénération d'une muqueuse utérine normale, tandis que les éléments déciduaux eux-mêmes sont appelés à disparaître au cours de ce processus de régénération. Mais, dans des conditions anormales, des portions de ces tissus déciduaux peuvent persister.

Les soi-disant cellules géantes, qu'on a si souvent rencontrées dans les débris déciduaux, sont en réalité des dérivés du chorion ectodermique (syncytium). En général, ces éléments étrangers sont résorbés, mais quand il n'en est pas ainsi, ils peuvent être le point de départ de divers états pathologiques.

Kustner (1), le premier, a démontré la présence, longtemps après la délivrance, d'îlots de tissu placentaire dans la muqueuse de l'utérus. Dans ce tissu, prédominent les éléments déciduaux, facilement reconnaissables à leurs grosses cellules caractéristiques. Chacun de ces îlots est entouré d'une zone de petites cellules rondes. En beaucoup de cas, on a, dans ces noyaux placentaires, rencontré des villosités choriales et des bourgeons trophoblastiques (ectodermiques) en prolifération. Le fait est surtout observé après les accouchements prématurés, d'où la dénomination donnée par Fritsch d'« *endométrite post-abortive ou déciduale* ».

On a donné le nom de polypes placentaires, déciduaux, du chorion, etc., à des masses de cette espèce mais plus importantes et d'une organisation plus avancée qui, par la prolifération de

leurs éléments, affectent la forme d'un polype, d'une tumeur. Habituellement, ces productions sont de bonne nature, aussi leur a-t-on donné l'étiquette d' « *adénome bénin* ».

En certains cas, pourtant, il s'agit de néoplasies essentiellement malignes.

(L'auteur résume ici, très brièvement, les nombreux travaux parus depuis la première communication de Sänger sur le déciduome malin, travaux dont le journal s'est assez occupé, encore tout récemment, pour qu'il soit inutile d'y insister ici.)

A noter cette remarque de l'auteur, que ces découvertes, ces constatations tendent à fortifier l'opinion de ceux qui voient dans les néoplasmes les résultats d'activités cellulaires déviées plutôt que les produits d'activités microbiennes.

La grande masse de l'utérus est formée par du tissu musculaire lisse ; et les éléments musculaires sont fortement soudés, en faisceaux irréguliers, par du tissu connectif riche en fibres élastiques et pauvre en éléments cellulaires. Les cellules musculaires sont de leur côté réunies en fibrilles par une substance amorphe. Chaque cellule est effilée, fusiforme et pourvue, en son centre, d'un noyau allongé. Dans l'état de gestation, ces cellules augmentent notablement en volume et en nombre. La disposition anatomique des faisceaux musculaires est extrêmement compliquée, car ils s'enchevêtrent très irrégulièrement autour des nombreux vaisseaux sanguins de la paroi utérine, des artères surtout, lesquelles sont remarquables par leurs parois épaisses et leur disposition hélicine. En général, les vaisseaux sanguins cheminent dans un tissu aréolaire lâche et participent à l'hypertrophie puerpérale. Lymphatiques et nerfs abondent. D'autre part, Farre a attiré l'attention sur la présence dans la musculeuse d'éléments cellulaires, arrondis, qu'il tient pour des cellules musculaires jeunes. Ces cellules se trouvent, surtout, immédiatement au-dessous de la muqueuse. La plupart des fibro-myômes tirent leur origine de cellules de cette espèce, groupées autour des petits vaisseaux sanguins.

Des recherches récentes ont montré que le développement de la musculeuse utérine est lié à celui de ces nombreux vaisseaux sanguins. Au début, ces vaisseaux sont constitués par de simples tubes épithéliaux et, à une époque précoce du développement, leurs parois dérivent de la même matrice mésodermique qui

préside aussi à la formation de la musculeuse. Or, c'est dé la prolifération anormale, excessive des cellules musculaires, embryonnaires groupées autour des petits vaisseaux que naissent les fibro-myômes (Kleinwächter, Rösger, etc.). A mesure que la néoplasie progresse, il se forme un nodule qui, bientôt, oblitère le vaisseau correspondant. De bonne henre, enfin, les cellules, en voie de développement, acquièrent l'aspect fusiforme et le groupement anatomique caractéristiques.

Il est probable que le plus grand nombre des sarcomes de la paroi utérine ont leur point de départ dans les éléments cellulaires du tissu connectif qui entoure les petits vaisseaux sanguins. Cette hypothèse s'accorde avec l'opinion d'Ackermann (1) qui considère les sarcomes comme constitués par des faisceaux de cellules et de fibrilles, s'anastomosant et intimement enchevêtrés. L'axe de ces faisceaux serait un vaisseau capillaire délimité par sa couche endothéliale à la périphérie de laquelle se développent les cellules (rondes, fusiformes, étoilées, etc.) de la tumeur.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du jeudi 16 *avril* 1896.

M. Maygrier. **Placenta double dans une grossesse simple.** — Un cotylédon accessoire était relié par des vaisseaux à l'une des masses placentaires. Il insiste sur les dangers en pareils cas d'une délivrance incomplète.

M. Doléris. **Kystes hydatiques développés dans les deux trompes** et qu'il a enlevés par la laparotomie. Il croit que c'est le seul cas qui ait jamais été signalé (2).

M. Le Damany. **Cas de vomissements incoercibles au début d'une grossesse**, observé dans le service de M. Maygrier. Ces vomissements apparurent dès la sixième semaine et en un mois mirent

---

(1) Ackermann. Die Histogenese und Histologie der Sarkome. *Samml. klin. Vorträge,* nos 233 et 234.

(2) Voir p. 382.

la femme dans un état tel, que par suite de l'amaigrissement, de l'hypothermie, de l'accélération du pouls (140), l'avortement dut être provoqué.

Ces vomissements avaient résisté à tous les traitements employés : oxalate de cérium, électrisation descendante du pneumogastrique, dilatation du col, redressement de l'utérus, etc.

Après l'avortement, les vomissements ont brusquement cessé et la femme a guéri. M. Le Damany en conclut que ces troubles semblent plutôt dus à une action réflexe qu'à une auto-intoxication.

L'avortement provoqué a produit chez la malade une aggravation momentanée qui montre le danger de l'intervention trop tardive. L'avortement, dans des cas de ce genre, doit être fait rapidement, complètement et avec une antisepsie minutieuse ; chez une femme cachectisée la moindre hémorrhagie, la moindre infection de l'utérus peut être mortelle.

Discussion. — DOLÉRIS rapporte à ce sujet l'histoire d'une malade atteinte de vomissements incoercibles et chez laquelle les vomissements cessent à la troisième application de l'électrode, mais on s'est aperçu ensuite que la pile ne marchait pas et le traitement n'avait agi que par suggestion. Pour lui, les vomissements incoercibles s'observent chez les névropathes.

CHARPENTIER est d'avis que le traitement de choix, c'est l'avortement et l'avortement précoce. M. BUDIN rappelle que lors de la communication de M. Maygrier à propos des succès obtenus par lui grâce à l'électricité, il avait déjà jeté une note discordante en citant un fait où ce traitement avait échoué. Pour lui, comme pour M. Doléris, l'électricité n'agit que par suggestion chez les nerveuses.

M. CHÉRON. **Deux observations de rupture utérine spontanée.** — L'une des deux femmes fut apportée morte à la Maternité. C'était une rachitique. A l'autopsie, on trouva le fœtus et le placenta dans la cavité abdominale. La déchirure utérine intéressait le segment inférieur et le péritoine du ligament large. L'orifice s'est produit immédiatement en arrière du ligament rond et à travers cette déchirure, passait la fesse gauche du fœtus, le pied étant à la vulve.

Le bassin était rétréci dans tous ses diamètres :

Diamètre promonto-pubien minimum. 6 centim.
— transverse................ 11 —

Chez la seconde femme, la rupture s'effectua quelques minutes après son entrée. Présentation de l'épaule en A. I. D.; promontoire accessible, membranes rompues depuis sept heures. Pas de bruits du cœur; rétraction très grande de l'utérus, pas de liquide amniotique. Pendant qu'on s'apprêtait à faire l'embryotomie, la rupture utérine se produisit. Le col se déchira sur son bord droit et la déchirure intéressa bientôt une partie du segment inférieur. Version, irrigation au sublimé et à l'eau bouillie (le péritoine n'était pas intéressé), tamponnement à la gaze iodoformée. Péritonite le cinquième jour, mort le huitième.

L'autopsie a démontré que la déchirure se trouvait sur la partie latérale droite intéressant le col et le segment inférieur dans une étendue de 7 à 8 centim.

M. BRINDEAU. **Parotidite ascendante due au saccharomyces albicans.** — Enfant né à 7 mois qui présenta du muguet quelques jours après sa naissance; neuf jours après, parotidite à droite. Une ponction ramène un liquide contenant du saccharomyces albicans à l'état pur; la bouche de l'enfant contenait alors du staphylocoque blanc. Quatre jours après, on incise la parotide; écoulement d'un pus jaunâtre, contenant des staphylocoques. Deux jours après, arthrite des articulations du genou et de l'épaule; puis, successivement, toutes les articulations se prennent en quinze jours; on ouvre 30 abcès contenant des staphylocoques blancs, que l'on trouve également dans le sang de l'enfant. L'enfant mourut au bout d'un mois et demi environ. A l'autopsie on trouva : un énorme abcès dont le point était la troisième vertèbre cervicale; le pus avait décollé l'œsophage, le foie et les reins étaient amyloïdes.

SOCIÉTÉ D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE DE ST-PÉTERSBOURG

Décembre 1895. — *Février* 1896.

S. F. CHABELSKY présente un **kyste dermoïde** enlevé par la laparotomie; il contient un nombre considérable de dents dont quelques-unes cariées.

PROF. D. O. OTT présente : 1° Un énorme **fibrome kystique** en dégénérescence sarcomateuse ; l'opérée succomba à une hémorrhagie secondaire au septième jour et l'autopsie montra qu'il s'agissait d'une hémorrhagie en nappe du champ opératoire ; le sang de la femme, très anémique, ne se coagulait pas. 2° Une **trompe gravide** du volume d'une tête de fœtus, compliquée d'un kyste. 3° Une autre **trompe gravide** plus petite. 4° Un **utérus** amputé. 5° **Trois utérus enlevés par la méthode mixte** ; dans un cas le col a été excisé consécutivement. 6° **Deux utérus enlevés par l'hystérectomie vaginale totale et sept utérus enlevés par morcellement.** Dans tous ces cas, il s'agissait de fibro-myômes et les suites des opérations furent sans réaction.

J. M. GOUZARTCHIK. **Du traitement des endométrites post-puerpérales par le tamponnement intra-utérin.** — Les curettages et les lavages intra-utérins sont fréquemment suivis d'accès de fièvre, de douleurs, etc., c'est pourquoi l'auteur a suivi une autre méthode dans 35 cas de métrite post-puerpérale ; la cavité utérine est soigneusement essuyée à l'aide de tamponnets trempés dans une solution de sublimé à 1 p. 2000, puis remplie à l'aide d'une mèche de gaze iodoformée trempée dans cette solution ; la mèche bien serrée dans le corps passe librement dans le col utérin afin de servir au drainage. Ce tamponnement est renouvelé toutes les 12 heures ou toutes les 24 heures et la guérison est obtenue en 3 jours en moyenne dans le premier cas, en 9 jours dans le second. Il agit en drainant continuellement la cavité par capillarité et en excitant la contractilité du muscle utérin, en empêchant la coudure de l'utérus et par conséquent la stagnation des produits morbides.

J. L. DOLINSKY. **De l'hypertrophie du thymus** comme cause de mort subite chez le nouveau-né. Chez l'enfant observé par l'orateur, le thymus mesurait 9 centim. de long sur 7,5 de large et 2,5 d'épaisseur. L'enfant pesait 3,570 gr. et l'autopsie ne permit de trouver aucune autre cause de mort subite, tandis que le thymus pouvait fort bien comprimer la trachée lorsque la tête était renversée en arrière.

Prof. K. F. SLAVIANSKY. — L'orateur fait un court exposé de toutes les **opérations gynécologiques** faites en l'espace d'un mois (novem-

bre 1895) et donne de plus quelques chiffres concernant les dix dernières années. Il a été fait en dix ans 3,599 opérations à la clinique, dont 2,159 opérations gynécologiques et 1,370 obstétricales ; sur ce chiffre, on compte 263 interventions avec ouverture de la cavité péritonéale ; *230 périnéorrhaphies* par le procédé à lambeaux de Lawson Tait ; *306 amputations du col* pour diverses affections non cancéreuses ; *264 hystérotrachélorrhaphies*, dont six aussitôt après l'accouchement pour combattre l'hémorrhagie ; *484 curettages*, dont 61 pour avortement incomplet. Cette opération a toujours donné d'excellents résultats dans l'endométrite hémorrhagique simple ; l'auteur ne la fait pas lorsqu'il existe des fibromyômes ou des lésions des annexes. Le curettage est un moyen peu fidèle dans la métrite blennorrhagique, qui a été traitée surtout par la cautérisation iodée et, depuis deux ans, par l'alumnol et l'argentamine, jamais par le chlorure de zinc. Sur 484 malades, 2 sont mortes après le curettage et l'autopsie a montré la présence de pus dans les trompes en apparence normales ; la mort par infection péritonéale ne peut être attribuée dans ces cas à l'opération.

65 ovariotomies, dont 3 suivies de mort ; 7 opérées étaient enceintes et 5 continuèrent leurs grossesses. 44 hystéropexies abdominales dont une au premier mois d'une grossesse méconnue qui suivit son cours normalement ; 15 fois l'hystéropexie a été secondaire, faite au cours d'une laparotomie. Les résultats de cette opération sont bons, durables ; les opérées ont pu devenir enceintes, accoucher normalement et conserver l'utérus dans sa nouvelle position ; il n'a jamais été noté de troubles vésicaux de quelque durée. Quant à la fixation vaginale, l'auteur la trouve a *priori* mal fondée et ne la pratique point.

V. A. Vasten. — **77 grossesses extra-utérines** observées à l'hôpital Oboukhoff en trois ans. L'âge de la grossesse était de moins de trois semaines dans 3 cas ; de quatre à six semaines, 16 cas ; de sept à huit semains, 9 ; de deux à trois mois 35 ; cinq mois 1 et huit mois 1 cas. La plupart des femmes étaient multipares, 24 secondipares et 7 primipares ; une malade était devenue enceinte au cours d'un allaitement sans avoir eu de règles. La grossesse tubaire était droite 29 fois, gauche 44 fois ; l'expulsion d'une caduque n'a été notée que 9 fois. Sur 77 malades 52 ont été opé-

rées, dont 45 par la laparotomie; 13 fois un drainage à la gaze a été placé dans le cul-de-sac postérieur, dans 5 cas il a fallu se borner à la suture du sac à la plaie abdominale.

Les 7 cas non laparotomisés ont été traités par l'incision du cul-de-sac; au cours des laparotomies le fœtus a été trouvé 13 fois, il y avait deux fœtus extra-utérins dans un cas, un extra et un intra-utérin dans un autre cas; l'avortement dans ce cas survint dix jours après l'opération. 18 malades furent opérées *in extremis*, exsangues, de quatre à douze heures après la rupture de la trompe. Toutes ces malades ont été opérées dans la position de Trendelenburg, faiblement anesthésiées par l'éther ou le chloroforme avec le secours de l'anesthésie locale par la cocaïne en injections hypodermiques; la position de l'opérée restait la même jusqu'à la fin de l'opération, de sorte qu'une grande partie du sang liquide, accumulé sous le diaphragme, restait dans la cavité abdominale et s'y résorbait au bénéfice de la malade; au bout de douze à vingt-quatre heures la malade était transformée; d'habitude, il survenait un peu d'ictère hémaphéique du deuxième au quatrième jour. Deux des 18 malades graves moururent; toutes les autres, opérées ou non, guérirent. Plusieurs pièces anatomiques sont présentées à la société, entre autres une trompe gravide, intacte, peu distendue, par l'orifice péritonéal de laquelle fait un peu saillie la poche tendue de l'œuf, c'est le début d'un avortement tubaire; la grossesse datait de trois mois, des douleurs existaient depuis deux jours et l'hémorrhagie interne était des plus graves. Trois trompes présentées à la société appartiennent à des grossesses de peu de semaines; on trouve un petit épaississement de la trompe et à son niveau un petit orifice rond, gros comme un pois, entouré de petites franges. 25 malades n'ont pas été opérées et chez deux seulement la résorption a été complète, chez les autres l'état est peu satisfaisant. Neuf de ces malades ont subi la ponction du cul-de-sac postérieur à l'aide d'un trocard fin; parfois à la suite de l'écoulement d'une ou deux cuillerées de sang la masse totale entrait en résorption; ce phénomène peut même se produire lorsque la ponction est négative.

L'auteur a vu des cas où des exsudations pelviennes solides entraient ainsi en résolution à la suite d'une ponction et la fièvre disparaissait dès le lendemain de cette intervention.

Dans la pelvi-péritonite séreuse, dans sa phase aiguë encore, cette ponction est le meilleur traitement.

La conclusion générale est que les grossesses extra-utérines doivent être opérées, et cela le plus tôt possible.

P. J. Sadovsky décrit **6 cas d'hystérectomie** par la méthode de Doyen pour cancer de l'utérus. Si cette méthode rapide et excellente, au besoin combinée avec celle de Péan, est peu employée, c'est uniquement parce qu'elle est trop peu étudiée.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE SAINT-PÉTERSBOURG

Séances du 1er *et du* 15 *février.*

N. S. Meingardt. **Un cas de péritonite tuberculeuse.** — Fille de 16 ans, non réglée, présentant une grosse tumeur abdominale mal limitée, sensible à la pression; état général mauvais, fièvre modérée. Le diagnostic n'a pas pu être fait sans laparotomie, laquelle a été éxécutée par le professeur Veliaminoff; on se trouve en présence d'une péritonite généralisée avec épaississement énorme de la séreuse, adhérence de tous les viscères entre eux et avec une sorte de poche hypogastrique à paroi épaisse; à l'ouverture de cette poche, il s'écoula du liquide jaunâtre et des masses fongueuses qui laissaient supposer une tumeur maligne; il y avait des nodules sur le mésentère et sur l'épiploon de sorte qu'à la fin de l'opération la tuberculose parut probable. La poche fut drainée, la paroi recousue après toilette du péritoine et l'opérée se rétablit rapidement; elle resta en bon état durant dix mois, puis quelques douleurs reparurent; les fongosités se montrèrent par deux fistules restées au niveau de l'incision abdominale, mais l'état général restant encore bon, une deuxième laparotomie n'a pas été décidée. L'examen bactériologique a établi le diagnostic de tuberculose, diagnostic qui présentait cliniquement les plus grandes difficultés.

D. D. Popoff. **Anomalies du développement et de structure de l'extrémité péritonéale de la trompe.** — Étude sur la formation des replis et des franges et anomalies de ces dernières.

SOCIÉTÉ D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE DE KIEFF

Séance du 20 *novembre* 1895.

M. G. Presnisyki présente **un lipome sous-péritonéal** extirpé

chez une femme de 66 ans. La tumeur siégeait au niveau de l'anneau inguinal externe droit, égalait le volume d'un œuf de poule et laissait le diagnostic hésitant entre une adénopathie et une hernie; l'examen des organes génitaux normaux, à part l'existence d'un fibromyôme, l'absence de toute cause d'adénite firent porter le diagnostic de lipome herniaire, confirmé par l'opération; le lipome avait entraîné un sac péritonéal vide, ce qui vient à l'appui de la théorie herniaire de Roser.

Professeur Rein. **Un troisième cas de rupture utérine complète au cours du travail guérie par la laparotomie.** — Femme de 21 ans, deux accouchements normaux; le troisième, à terme, amène une rupture utérine dans les conditions suivantes : la poche des eaux se rompt au bout de cinq heures de travail avec procidence du cordon et du membre supérieur droit; deux heures plus tard une matrone se met à tirer sur le bras et la parturiente éprouve une violente douleur avec perte des forces, aboutissant à un état syncopal au moment de l'opération faite près de trois heures et demie après la rupture. La déchirure occupe la paroi antérieure, s'étend sur la base du ligament large droit et sur la paroi vaginale; le fœtus et le placenta sont dans la cavité péritonéale avec de nombreux caillots. L'utérus est amputé, le pédicule fixé à la plaie pariétale. L'état de l'opérée fut des plus graves; la période post-opératoire fébrile se termina enfin par la guérison.

Professeur Lebedeff présente une **photographie Röntgen** d'une grossesse extra-utérine. La malade a été opérée pour un kyste de l'ovaire quelque temps après la formation d'une hématocèle gravidique, cette dernière étant en voie de résorption. La trompe rompue, le reliquat de la masse sanguine, le fœtus de 4 mois sont enlevés avec le kyste et toute la masse photographiée par les rayons X; on voit le fœtus aplati avec son squelette fort net.

D. J. Chirchoff. De l'**opération césarienne** pour bassin rétréci; c'est la septième opération césarienne faite par le professeur Lebedeff dans ces conditions de rétrécissement moyen. Femme de 34 ans à son septième accouchement; premier enfant mort-né, deuxième venu en état de mort apparente, resté vivant; les quatre accouchements suivants terminés par la basiotripsie. D. sp. 25 1/2, D. cr. 26 1/2, conj. ext. 17,6, conj. diag. Opération

six heures après la rupture des eaux, enfant vivant de 4,450 grammes, ligature des trompes, guérison simple. Dès le surlendemain, l'opérée a allaité son enfant, elle s'est levée le vingtième jour.

C. A. CHANIAVSKY fait une communication sur l'**emploi de la lauretine** comme substance antiseptique.

A. J. ORLOFF. **Rétrécissement annulaire du tiers inférieur du vagin après l'accouchement.** — La malade, âgée de 26 ans, est opérée quatre mois après son premier accouchement; l'anneau cicatriciel qui laisse à peine au centre passer la phalange unguéale du petit doigt, est excisé sur les côtés du vagin, les tissus sont largement incisés et suturés en réunissant les angles supérieurs et inférieurs des losanges ainsi cruentés afin d'éviter le rétrécissement consécutif. NAGEOTTE-WILBOUCHEVITCH.

REVUE ANALYTIQUE

I. — CANCER DE L'UTÉRUS

(*Traitement palliatif.*)

Sur le traitement palliatif du cancer de l'utérus par les injections d'alcool (Ueber die palliative Behandlung des Gebärmutterkrebses mit Alkoholinjectionen), par H. SCHULTZ. *Wien. medizinische Presse*, 1896, n[os] 1, 2, 3, 4, p. 7, 52, 97, 135.

C'est une seconde communication sur le même sujet. La première, publiée dans le *Cent. f. Gyn.*, 1894, n° 13, p. 255, a été analysée dans ce journal (1). L'auteur disait alors : « *Pensant que l'action bactéricide ou coagulante de l'alcool — suivant que le cancer reconnaîtrait en réalité une origine bactérienne ou cellulaire (par prolifération) — se montrerait efficace, je traitai, en juin 1891, un cas de cancer de la portion vaginale du col par les injections d'alcool; je constatai les effets surprenants de l'action de cette substance.*

Technique opératoire. — Le traitement consiste en des injections intra-parenchymateuses d'alcool. En quelques cas, il faut, d'abord, procéder à un curettage avec la curette tranchante.

---

(1) *Annales de gynéc. et d'obst.*, novembre 1894, p. 397.

Dans certains, où un traitement consécutif doit être poursuivi à domicile (cancer du col), ce traitement complémentaire se réduit à des bains de la portion vaginale avec de l'alcool.

L'instrument qui sert pour les injections est une seringue d'une contenance de 5 centimètres cubes, pourvue d'une longue aiguille. La seringue est remplie d'alcool. La malade étant couchée dans le décubitus latéral, et la portion vaginale mise en vue avec le spéculum de Sims, on pique successivement, en plusieurs points, dans le tissu morbide, l'aiguille de la seringue, qu'il faut se garer d'enfoncer trop profondément, pour ne pas pénétrer dans le tissu sain et pour ne pas risquer d'intéresser le péritoine ; en chacun de ces points, on injecte un peu l'alcool. L'aiguille pénètre facilement dans les tissus dégénérés, tandis qu'elle éprouve de la résistance des tissus sains, d'où la possibilité, avec une certaine habitude, de délimiter facilement la zone pathologique.

L'alcool arrive ainsi dans les tissus dégénérés, mais il n'y séjourne pas. Au contraire, augmenté, mélangé de sang et de débris de tissu, il reflue pour la plus grande part. Comme il possède une action caustique, il faut avoir eu soin de protéger le méat urinaire contre cette action, par un tampon d'ouate. Ce n'est que lorsqu'il existe des tissus dégénérés du fait du processus cancéreux que l'alcool revient ainsi mélangé, trouble et entraînant des portions nécrosées de tissu. Quand, au contraire, il n'a été injecté que dans des tissus normaux, il revient parfaitement pur, et cela constitue en quelque sorte un phénomène pathognomonique.

A la suite des injections d'alcool, on constate, au microscope, que l'état anatomique de la surface primitivement dégénérée, est le suivant : infiltration de petites cellules, parfaitement sensibles aux réactifs colorants; plus profondément, faisceaux connectifs à larges espaces lymphatiques ; plus profondément encore, coupes transversales ou longitudinales de faisceaux musculaires ; çà et là, des cellules épithéliales soit isolées, soit encore réunies en groupes.

L'alcool semble agir, d'une part, en frappant de nécrose les éléments cancéreux, et, d'autre part, en les entraînant par une sorte de lavage. Après mort et expulsion du tissu cancéreux, apparaît un tissu de granulation qui, ultérieurement, reçoit du voisinage un revêtement épithélial.

Trente malades furent soumises au traitement par les injec-

tions intra-parenchymateuses d'alcool absolu. Dans 8 cas, il s'agissait de cancers de la portion vaginale, dans vingt-deux de cancers du col. Dans un certain nombre de ceux-ci, on avait cru d'abord à des cancers de la portion vaginale, mais, à un nouvel examen, on reconnut qu'il s'agissait de la seconde variété, de beaucoup la plus défavorable.

Des huit cas de la portion vaginale, tous, sauf le premier, appartiennent dans la classification de Ruge-Veit : *a*) cancer à origine glandulaire ; *b*) à origine connective, et de Waldeyer *c*) cancer épithélial; au premier groupe *a*). Le cas 1 au contraire rentre dans le deuxième groupe *b*) ; c'est aussi celui dans lequel le résultat thérapeutique a été le plus durable, ce qui semble fortifier la notion que les cancers d'origine connective sont moins malins que ceux d'origine glandulaire.

Résultats obtenus avec les injections d'alcool. — Au cours du traitement, écoulement et hémorrhagies diminuent ou même cessent complètement. L'écoulement perd habituellement son odeur fétide après 10 à 15 injections. Les douleurs hypogastriques disparaissent, la cachexie rétrocède, et, souvent, on peut constater une augmentation du poids du corps. Le résultat obtenu peut être tenu pour symptomatique, et il est permis d'affirmer, de par l'expérience acquise, que les autres méthodes palliatives ne peuvent guère en fournir d'aussi satisfaisants.

Ce mode de traitement est en réalité très peu douloureux, à la condition que l'injection n'approche ni n'atteigne le péritoine. Dans ce cas, en effet, on peut voir survenir des douleurs vives qui se prolongent des heures et même des jours entiers. Dans cette éventualité fâcheuse, il se produit ce fait que l'alcool ne reflue pas. Sauf cette complication, l'intervention est à peine douloureuse, au point que pas une des malades ne s'est soustraite au traitement sous le prétexte qu'il est douloureux. Enfin, quand les conditions anatomiques sont telles qu'on peut craindre, malgré la plus grande prudence, de toucher au péritoine, on se borne à prescrire de simples bains d'alcool (spéculum cylindrique) de la portion vaginale. Ce procédé thérapeutique, bien qu'inférieur en efficacité aux injections, est cependant susceptible de modifier favorablement l'état de la malade. R. Labusquière.

Traitement palliatif du cancer de l'utérus et du vagin par le car-

bure de calcium, par Guinard. Communication à l'Académie de médecine, séance du 7 avril 1896.

Dans cette communication l'auteur a noté les bons effets obtenus avec le carbure de calcium, dans le traitement palliatif du cancer du col de l'utérus et du vagin, sur plusieurs malades du service de M. Peyrot (hôpital Lariboisière).

La technique opératoire est simple : un fragment, gros comme une noix, de carbure de calcium est introduit dans le vagin ; il y donne lieu à la production rapide et abondante d'acétylène et d'oxyde de calcium. Tout de suite après l'introduction du topique, le vagin est bourré avec la gaze iodoformée. Trois jours après, on retire la gaze, on entraîne l'oxyde de calcium par un lavage au sublimé, on renouvelle le traitement. Les résultats, semble-t-il encourageants, consisteraient dans : a) la suppression de l'hémorrhagie, *b*) des écoulements fétides, *c*) la disparition des bourgeons morbides et la production d'une surface grisâtre et lisse.

Le mode d'action du topique reste encore douteux ; mais son efficacité paraît réelle, et son maniement sans dangers sérieux.

R. Labusquière.

II. — De l'entérocèle vaginale

Sur un cas d'entérocèle vaginale postérieure avec prolapsus de la paroi postérieure du vagin (Ein Fall von Enterocele vaginalis post. cum Prolapsus vag.-post.), par Eberhart. *Cent. f. Gyn.*, 1894, n° 24, p. 572.

Obs. — Femme de 46 ans, atteinte six années auparavant d'une typhlite; ménopause datant de deux ans. A eu cinq accouchements, le premier en novembre 1878, forceps; le deuxième en mars 1880, spontané ; le troisième en juillet 1881, présentation transversale avec placenta prævia; le quatrième en septembre 1882, normal ; le cinquième en mai 1885, forceps et délivrance artificielle.

Début de la maladie actuelle, d'après la malade, pendant l'hiver de 1885. Dès le principe, apparition au dehors des parties génitales d'un petit gonflement, mais déjà, depuis quatre à cinq années, la grosseur a été aussi forte qu'à l'heure actuelle. Le matin, réduite au minimum, elle grossit peu à peu, pour prendre son plus grand volume après le repas de midi et pendant les efforts de défécation. Pendant la nuit, la grosseur disparaissait au début de la maladie, mais, non, actuellement.

Utérus petit, sénile, antéfléchi. L'entérocèle fut méconnu et au début on fit le diagnostic : prolapsus vaginal postérieur compliqué de rectocèle. Ce n'est qu'au cours de la narcose que, la tumeur ayant notablement augmenté de volume par suite de gros efforts faits par la malade, le diagnostic fut rectifié. D'autre part, comme on avait déjà essayé, sans aucun succès, de pallier aux fâcheux effets de l'entérocèle au moyen de pessaires divers, une *opération* fut décidée et pratiquée: Excision d'un grand lambeau de la paroi postérieure du vagin (élytrorrhaphie postérieure) et résection franche du cul-de-sac de Douglas. L'abdomen et le vagin étant refermés, on compléta l'intervention par une périneauxesis. *Suites opératoires normales.* La femme se leva le seizième jour et quitta l'hôpital le dix-huitième, avec le conseil de veiller à assurer des garde-robes quotidiennes.

Après un historique rapide de la question, l'auteur aborde la question du traitement et conclut : quand il s'agit d'entérocèles volumineuses, les traiter chirurgicalement. Ce n'est que dans les cas où l'entérocèle est peu volumineuse, et que, de plus, l'appareil d'occlusion du vagin est normal, qu'on peut essayer du traitement par les pessaires. R. LABUSQUIÈRE.

Deux cas d'entérocèle vaginale postérieure (Zwei Fälle von Enterocele vaginalis posterior), par G. HEINRICIUS. *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 17, p. 441.

OBS. I. — Femme de 61 ans; ménopause à 51 ans. A eu trois enfants, le dernier il y a 21 ans. Accouchements, suites de couches, normaux. Trois mois environ avant son entrée à l'hôpital, avait constaté que son ventre grossissait. Intestin relativement paresseux ; pas de troubles de la miction. L'augmentation du volume du ventre était due à un kyste de l'ovaire du côté droit.

En outre, faisant saillie au dehors de la vulve, se présentait une tumeur ronde, dont la surface ulcérée était constituée par la paroi vaginale postérieure, prolabée en totalité. *Diagnostic :* kyste de l'ovaire, abaissement de l'utérus, prolapsus vaginal postérieur, entérocèle vaginale postérieure.

Intervention. — Laparotomie, ablation de la tumeur ovarique, ventro-fixation de l'utérus par la méthode de Czerny-Terrier, réduction de la paroi vaginale postérieure.

Un examen pratiqué un mois environ après l'opération, permit

de constater que l'utérus restait en bonne position, mais que la paroi postérieure du vagin accusait toujours de la tendance à se prolaber. En raison de l'âge de la malade, et du peu d'acuité des symptômes, on se borna à lui montrer comment elle devait réduire la hernie vaginale et la contenir au moyen d'un tampon enduit de glycéré à l'alun.

Obs. II. — X..., 32 ans, a eu cinq enfants ; le dernier, dix mois avant son admission à l'hôpital. Les accouchements ont été toujours très laborieux, les suites de couches normales. Il y a cinq ans environ, peu après la naissance de son second enfant, la malade remarqua une grosseur qui faisait saillie au dehors de la vulve, et qui alla en augmentant après chaque accouchement. Rien d'anormal du côté des fonctions intestinale et vésicale.

Entre les grandes lèvres existe une tumeur arrondie, un peu allongée, constituée par la portion inférieure de la paroi postérieure du vagin. Au toucher, on reconnaît que la portion supérieure de cette paroi participe aussi au prolapsus, mais sans s'extérioriser. De plus, en combinant le toucher vaginal avec le toucher rectal, on constate que l'espace entre le rectum et le vagin est exceptionnellement large et que cet espace est occupé par des tissus mous. Utérus petit, en position normale. Périnée bien conservé.

Diagnostic : Prolapsus vaginal postérieur, rectocèle, entérocèle. — *Traitement :* Colporrhaphie postérieure après un large avivement.

R. Labusquière.

BIBLIOGRAPHIE

Traitement des salpingo-ovarites par la laparotomie (résultats éloignés), par H. Chavin. Thèse de Paris, 1896, G. Steinheil, éditeur.

Ce travail est basé sur un total de 135 laparotomies, statistique intégrale (sauf une observation perdue) des laparotomies faites par M. le Dr Delbet pour salpingo-ovarites.

Chapitre I. — *Manuel opératoire.* — La malade est placée en position déclive, l'emploi du plan incliné de Trendelenburg facilitant considérablement l'exploration du petit bassin, et permettant d'ajouter au toucher le contrôle de la vue.

1[er] TEMPS. — *Incision.* — La paroi abdominale est incisée sur la ligne médiane, un peu au-dessus du pubis et sur une longueur moyenne de 5 à 10 centim. suivant l'épaisseur des téguments.

2[e] TEMPS. — *Décortication et libération des annexes.* — L'épiploon, s'il est sain, est relevé. Il arrive fréquemment qu'il présente des adhérences avec la paroi abdominale, avec les anses intestinales et même avec la vessie et l'utérus. Ces adhérences sont rompues avec la main ; si elles résistent, on est obligé de réséquer l'épiploon.

Les doigts du chirurgien vont alors, à travers la boutonnière abdominale, à la recherche des annexes. Dans les cas simples, il est facile d'en faire le tour en déchirant des adhérences légères. Souvent la décortication offre beaucoup plus de difficultés, les annexes étant prolabées et adhérentes au fond du cul-de-sac postérieur, à la face postérieure de l'utérus, derrière lequel elles sont repliées et à la face postérieure du ligament large. Elles peuvent être unies plus ou moins intimement à une anse d'intestin grêle, à l'S iliaque, au rectum ou à la vessie. Lorsque la tumeur est fluctuante, on la ponctionne pour la décortiquer ensuite. La libération et la décortication de la masse annexielle se font surtout avec les doigts. Cependant on est quelquefois obligé de sectionner les adhérences au bistouri ou au ciseau.

3[e] TEMPS. — *Pédiculisation, ablation, cautérisation.* — Dans le cas de lésions catarrhales ou d'ovarite scléro-kystique, la pédiculisation est souvent assez facile. Il suffit de placer deux fils sur la trompe, le plus près possible de la corne utérine.

M. Pierre Delbet recommande de placer ces fils presque sur la corne utérine, de façon à éviter d'avoir un moignon de trompe, dans lequel peut se développer plus tard, comme on l'a signalé, une collection kystique. Pour éviter que les fils du pédicule ne glissent, on en passe un autre perpendiculaire à ceux-ci, qui les embrasse et les retient.

Lorsque la masse annexielle est extrêmement adhérente et non mobilisable, on commence par pratiquer la pédiculisation externe; on peut ainsi arriver à faire basculer la masse et à faire la pédiculisation interne. Le ligament large, dans certains cas, est difficile à lier ; on a soin alors d'avoir recours à la ligature en chaîne, fortement serrée.

Les annexes enlevées, les pédicules sont touchés au thermo-

cautère, de crainte que la muqueuse de la trompe, saillante au niveau de la section, n'infecte ultérieurement le péritoine. Les surfaces adhérentes qui saignent sont également touchées au thermocautère.

4e Temps. — *Drainage.* — Lorsque des poches de pus se sont rompues pendant la décortication, lorsque des surfaces d'adhérences saignent malgré la thermo-cautérisation, il importe d'établir un drainage.

On a généralement recours au drainage abdominal, procédé auquel notre maître avait souvent recours dans les premières années et qu'il a peu à peu laissé de côté. Nous comptons, en effet, 15 drainages sur 29 laparotomies faites en 1892 et 1893, tandis que nous n'en trouvons que 8 pour 50 en 1894.

M. Pierre Delbet a complètement abandonné le drainage abdominal, à cause des dangers d'éventration qu'il crée, pour le remplacer depuis le mois de juillet 1895 par le drainage vaginal ; voici de quelle façon on procède :

Les annexes étant enlevées, un aide introduit, par la voie vaginale, un clamp dans le cul-de-sac postérieur de façon que l'extrémité de l'instrument en fasse saillir la paroi dans le fond du petit bassin. On l'incise alors de façon à permettre au clamp de passer ; celui-ci, ayant pénétré dans le petit bassin, est ouvert par l'aide de façon à agrandir par déchirure la boutonnière faite au bistouri ; on évite ainsi l'hémorrhagie à laquelle donnerait lieu une grande incision du cul-de-sac postérieur. On draine alors par l'orifice ainsi créé, à l'aide d'une ou de plusieurs mèches de gaze iodoformée.

5e Temps. — *Hystéropexie.* — Avant de suturer la paroi abdominale, M. Pierre Delbet pratique systématiquement l'hystéropexie. A cet effet, le corps de l'utérus, détaché de ses adhérences postérieures, s'il en avait, est relevé par une pince de Museux au niveau de la partie inférieure de la plaie. Avec une aiguille munie d'une soie, on pique la paroi dans l'épaisseur de l'incision abdominale en traversant les plans musculo-fibreux, peau et tissu cellulaire exceptés ; puis on traverse le fond de l'utérus et enfin l'autre lèvre de l'incision d'arrière en avant, en respectant de même la peau et le tissu cellulaire. Les deux chefs serrés et noués rapprochent les deux lèvres de la plaie en même temps qu'ils accolent le fond de l'utérus à la paroi.

L'hystéropexie pratiquée ainsi systématiquement a pour but

d'éviter les douleurs provenant de déviations utérines consécutives aux ablations des annexes. Nous verrons à l'étude des résultats éloignés ce que donne ce procédé.

6e Temps. — *Suture de la paroi.* — La suture de la paroi abdominale est faite en un plan, à points séparés, au fil d'argent. Il suffit de 4 ou 5 fils pour fermer la paroi. Entre ceux-ci on place quelques fils superficiels pour affronter exactement les bords cutanés de l'incision et le tissu cellulaire.

Cette suture, outre qu'elle est rapide, a pour elle l'avantage d'être extrêmement solide, comme nous le verrons plus loin.

Chapitre II. — *Des difficultés opératoires.* — L'ablation des annexes par la laparotomie peut présenter des difficultés plus ou moins considérables, dues, la plupart du temps, aux adhérences contractées avec les organes voisins. Ces adhérences sont d'autant plus résistantes que les lésions sont plus anciennes ; elles se rencontrent surtout avec les salpingites suppurées.

Elles se font soit avec l'épiploon, soit à la face postérieure de l'utérus, derrière lequel les annexes sont souvent repliées, soit à la face postérieure des ligaments larges ou au fond du cul-de-sac postérieur. La trompe et l'ovaire peuvent être unis plus ou moins intimement à l'intestin grêle, à l'appendice iléo-cæcal, à l'S iliaque, au rectum, à la vessie.

Sur nos 135 observations, les détails opératoires nous manquent dans 7 des plus anciennes. Il nous en reste donc 128 à examiner au point de vue des difficultés qu'a présentées l'ablation des annexes.

48 fois nous relevons des adhérences très résistantes à l'intestin soit 37 fois pour 100. C'est à l'intestin grêle qu'elles se rencontrent le plus fréquemment (27 fois), nous n'en comptons que 14 à l'S iliaque. 3 fois on dut faire la résection de l'appendice iléo-cæcal, confondu avec les annexes. Nous avons à signaler en outre 5 cas d'adhérences à la vessie.

Il est quelquefois très difficile de libérer la tumeur salpingienne de ses adhérences, et il peut arriver que le chirurgien se trouve dans l'obligation de les sectionner au bistouri ou aux ciseaux. Il s'agit d'une véritable dissection lorsque les annexes sont tout à fait unies à la paroi intestinale, et l'amincissement ou la perforation de celle-ci sont à redouter. Nous n'avons chez nos malades à noter aucune perforation intestinale. Deux fois (obs. 2, 27), l'S iliaque, une fois le rectum ont été légèrement lésés. Dans le pre-

mier cas on dut faire quelques points de suture sur l'S iliaque.

Dans 29 cas nous avons noté des adhérences à la face postérieure de l'utérus ou des ligaments larges, ou au fond du cul-de-sac de Douglas.

La décortication très laborieuse de la tumeur annexielle a occasionné 27 fois la rupture de poches purulentes et l'issue de pus dans le péritoine.

8 fois des hématosalpinx, 2 fois des kystes de l'ovaire se sont crevés et ont laissé écouler du sang noirâtre et du liquide séreux.

Une des causes qui rend extrêmement pénible la libération des annexes est l'incision ancienne d'un pyosalpinx par le vagin. Nous en constatons 3 cas (obs. 83, 96, 99), l'opération est d'une extraordinaire difficulté par suite de la résistance des adhérences qui se forment au fond du cul-de-sac après l'incision.

Les annexes, une fois libérées, doivent être prédiculisées. 10 fois la prédiculisation a été rendue extrêmement difficile par la rétraction et l'épaississement du ligament large; une fois, par des nodosités situées sur les cornes utérines (obs. 55).

7 fois, la réduction de la rétroversion utérine a été très laborieuse.

En somme, l'ablation des annexes a présenté, dans 81 cas, des difficultés notables. Nous avons à ajouter 25 cas où il n'y avait que des adhérences épiploïques ou intestinales légères et 22 où il n'y a eu aucune adhérence. Nous pouvons nous résumer ainsi :

Adhérences très résistantes................	81 cas
— légères........................	25 —
Aucune adhérence.........................	22 —

Ces complications opératoires sont peu comparables, comme gravité, à celles de l'hystérectomie vaginale. On a, en effet, à redouter avec ce procédé la blessure de la vessie et de l'intestin. Baudron (1), d'après la statistique d'hystérectomie de son maître, M. le Dr P. Segond, cite en effet 5 cas de blessure de la vessie sur 200 cas d'hystérectomie. Des fistules ont persisté, dont aucune, dit-il, ne s'est guérie spontanément. Il signale, en outre, 9 cas de blessures du rectum et 2 cas de blessures de l'intestin grêle, sur le même nombre d'opérées. Il est inutile d'insister sur la plus grande gravité des dangers de l'hystérectomie; les faits parlent d'eux-mêmes.

(1) BAUDRON. Th. de Paris, 1894.

Chapitre III. — *Suites immédiates de la laparotomie.* — Les 135 cas se répartissent comme suit : a) lésions suppurées, 55; *b*) lésions non suppurées, 80; ce dernier groupe se subdivisant en hémato ou hydro-salpinx 16 cas, salpingites catarrhales 47 cas, ovaires scléro-kystiques 15 cas, laparotomies complémentaires 2 cas.

Mortalité. — En tout, 5 morts, soit 4 pour les lésions suppurées, 1 pour les autres. Donc, *mortalité générale* 3,7 p. 100.

Mortalité pour les lésions suppurées 7,2 p. 100; pour les *non suppurées* 1, 2 p. 100.

Causes de la mort, 1er *groupe* (lésions suppurées) : péritonite 1 cas, septicémie aiguë 2 cas, hémorrhagie sous et intra-péritonéale par rupture veineuse 1 cas; 2e *groupe* (lésions non suppurées) : septicémie 1 cas. Il est intéressant d'étudier dans le détail les particularités de ces interventions qui ont été très compliquées.

Rapprochant ces chiffres de statistiques récentes, l'auteur souligne que ces résultats comptent parmi les meilleurs et qu'ils sont supérieurs à ceux indiqués récemment pour l'hystérectomie vaginale (Richelot, Baudron) (2).

De la fièvre. — Des 129 opérés qui ont guéri, 43 ont présenté de la fièvre, 17 pendant un seul jour, 10 pendant deux jours, 8 de trois à cinq jours, 4 pendant un temps plus ou moins long. 2 malades avaient déjà de la fièvre avant l'opération; enfin, chez 2 autres, la fièvre a été causée par de la bronchite.

Complications diverses. — *Péritonite,* 1 cas (malade guérie); fistule *stercorale,* 3; suppuration de la plaie abdominale, 7; eschare sacrée, 2; ictère, 1.

Chapitre IV. — *Résultats éloignés de la laparotomie.* — Il a fallu naturellement éliminer de l'ensemble des faits les observations trop récentes aussi bien que celles qui n'ont pu être suffisamment complétées par l'enquête ultérieure. Cette élimination faite, sont restés 96 cas :

Malades revues de 3 à 6 mois	30
— — 6 mois à 1 an	26
— — 1 an à 2 ans	22
— — 2 ans à 3 ans et demi	8
	96

(1) *Loc. cit.*

que l'auteur range en deux groupes principaux, suivant que la castration a été : A. unilatérale, ou B. bilatérale. Quant aux résultats, il les distingue en : 1° *résultats parfaits*, 2° *satisfaisants*, 3° *médiocres*, 4° *nuls*.

Les détails de ce chapitre doivent être lus dans le texte.

Castration unilatérale. — On en a fait en tout 9, mais 6 seulement des opérées ont été revues. De ces six, 4 *succès* se maintenant après 6 mois, 1 an et demi, 2 ans et 3 ans et demi (menstruation normale, 2 des opérées sont devenues enceintes), mais 2 *échecs complets*.

Castration bilatérale. — 88 cas. 45 guérisons parfaites, 31 guérisons avec très légères douleurs ou des pertes blanches ou des règles et 12 cas de résultats médiocres ou nuls.

Ce qui donne comme moyenne : *sur 100 opérées, 87 sont en très bonne santé, 13 sont peu ou pas soulagées par l'intervention.*

Chapitre V. — *Des divers phénomènes consécutifs à la laparotomie.* — Dans ce chapitre fort intéressant, l'auteur traite successivement : *des règles, de la leucorrhée, des douleurs, de l'éventration et de la cicatrice chez les anciennes opérées, des troubles congestifs et nerveux.*

Après ce chapitre, viennent les 135 observations rapportées à peu près *in extenso*, très complètes surtout au point de vue des détails opératoires. L'auteur formule ensuite *ses conclusions :*

1° La laparotomie pour ovaro-salpingites donne, d'après notre statistique, une mortalité totale de 3,7 p. 100.

2° Sur 6 cas d'ablation unilatérale des annexes, nous observons :
4 cas *de guérisons parfaites* (parmi lesquelles 2 grossesses);
2 insuccès.

3° Sur 88 cas d'ablation bilatérale la laparotomie donne :
76 *guérisons*, c'est-à-dire 87 p. 100.
7 *résultats médiocres;*
5 *résultats nuls.*

Les 76 guérisons se divisent en :
45 *résultats absolument parfaits*, soit plus de 50 p. 100;
31 *résultats satisfaisants*, qui se décomposent ainsi :

Légère leucorrhée.............	7 cas	(7,5 p. 100)
Leucorrhée assez abondante....	6 —	(6,8 —
Très légères douleurs..........	12 —	(13 —)
Règles peu ou pas douloureuses	7 —	(7,9 —

4° Sur 96 malades revues, nous n'avons à constater que 2 cas d'éventration. Elles ont été consécutives à un drainage abdominal à la Mikulicz. R. LABUSQUIÈRE.

Ectopic pregnancy, its etiology, classification, embryology, diagnosis and treatment, by J. CLARENCE WEBSTER. — Edimbourg et Londres, Young J. Pentland, édit. ; in-8°, 1895.

La récente discussion de la Société de Chirurgie m'a rappelé une promesse faite, en juin dernier, à mon collègue et ami Webster de présenter aux lecteurs des *Annales* le Traité, car c'en est un, publié par lui sur la grossesse extra-utérine.

M. Clarence Webster appartient, comme assistant du professeur d'accouchements et de gynécologie, à cette brillante école d'Edimbourg qui compte, parmi ses représentants, James Simpson, Berry Hart et Freeland Barbour. Il s'est, depuis plusieurs années, adonné avec ses maîtres et amis à l'étude de l'anatomie obstétricale normale et pathologique.

Ayant eu la chance d'avoir à sa disposition plusieurs grossesses extra-utérines *in situ*, qu'il a pu étudier d'abord macroscopiquement, par la méthode des coupes par congélation, puis à l'aide du microscope, il s'est laissé entraîner, et c'est fort heureux, à une étude d'ensemble de cette question que les succès de la thérapeutique chirurgicale ont, depuis quelques années, remise sur le tapis et sur laquelle une masse de documents récents se sont accumulés tant en Europe qu'en Amérique.

M. Webster croit devoir s'excuser de nous apporter sur le sujet 230 pages de texte compact avec 15 figures et 22 planches hors texte d'après ses dessins personnels. Ceux qui les étudieront trouveront M. Webster trop modeste. « Bien que l'importance du sujet, dit-il, puisse être considérée comme une suffisante justification pour la publication d'un ouvrage qui est une mise au point des récents progrès accomplis dans l'étude de la nature et du traitement de cette affection, j'ai une excuse de plus de poids, c'est que je puis apporter à cette étude une contribution personnelle étayée sur plusieurs années de recherches cliniques et de laboratoire. »

M. Webster appelle spécialement l'attention des embryologistes et des professeurs d'accouchement sur les chapitres qui ont trait au développement. Les observations détaillées qu'il apporte sont le résultat de l'examen d'un grand nombre de pièces recueillies, depuis 6 ans, tant à la salle d'opérations qu'à l'amphithéâtre

anatomique, pièces qu'il a étudiées au laboratoire du Royal College of Physicians.

Il a pu, à la suite du dépouillement des nombreuses publications qu'il a rassemblées sur la matière, remettre en lumière quelques conclusions de travailleurs des trois derniers siècles qui, depuis longtemps, paraissaient tombées dans l'oubli.

M. Webster préfère le terme de grossesse *ectopique* (employé pour la première fois par Barnes en 1873) à celui de grossesse extra-utérine. Ce terme comprend, en effet, toutes les grossesses développées en dehors de la cavité utérine, tandis que le terme extra-utérine ne peut s'appliquer à la grossesse interstitielle.

Bien que l'auteur étudie également la grossesse développée dans une corne utérine, il ne la fait pas rentrer dans la classification des grossesses ectopiques ; elle se développe, en effet, dans la cavité utérine, bien que celle-ci soit mal conformée. Mais il est nécessaire de la décrire avec la grossesse ectopique à cause des nombreuses ressemblances qu'elles présentent.

M. Webster termine son introduction, que je viens de traduire presque textuellement, en adressant ses remerciements au professeur Simpson, à Halliday Croom, Berry Hart, Freeland Barbour qui ont été ses collaborateurs, ses fournisseurs de pièces ; au conservateur du musée du Royal College des chirurgiens qui a mis à sa disposition sa collection de grossesses ectopiques, enfin au professeur Simpson qui a revu les épreuves de son livre.

On voit assez par là l'importance qu'il y a lieu d'attacher à cette publication, appelée à marquer au premier rang des nombreuses études sur la grossesse extra-utérine parues depuis quelques années. C'est, je le répète, un Traité complet, que devront posséder tous ceux qui, dans l'avenir, voudront écrire sur le sujet. H. V.

De l'insertion vélamenteuse du cordon dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement, par GASTON LEFÈVRE. (Thèse Paris, mars 1896. G. Steinheil, éditeur.)

Fréquence. — Voici un aperçu de la fréquence de l'insertion vélamenteuse.

Sur 502 accouchements Sickel (1) l'a observée seulement 3 fois, c'est-à-dire à peu près une fois sur 160 cas.

Cornélius Van Solingen (2) d'après Hüter en a relevé 8 cas sur 1,000 observations, soit 1 sur 125 cas.

---

(1) Cité par CHANTREUIL.

(2) Diss. *Ueber die Einpflanzung der Nabelschnur in der Eihaüten.* Marburg, 1859. Selon HUETER, *loc. cit.*

Chiari, Braun et Spæth (1) sont arrivés à la proportion de 4 sur 1,000 à la Maternité de Vienne, ce qui fait 1 sur 250 cas.

Valenta, au dire d'Halliday Croom, a vu 21 insertions vélamenteuses sur 2,471 observations d'où la proportion de 1 sur 118 cas.

Halliday Croom (2) lui-même donne comme moyenne 4 sur 1,000 ou 1 sur 250.

Sur 7,158 observations, recueillies à la Maternité de Marseille de 1840 à 1882, Hugues (3) a noté 48 cas, ce qui fait 1 sur 149.

A notre tour nous avons recherché les insertions vélamenteuses signalées dans 15,894 observations prises dans le service de M. Pinard à l'hôpital de Lariboisière et à la clinique Baudelocque et nous en avons compté 133. Nous arrivons ainsi à une proportion moindre de 1 pour 100.

L'insertion vélamenteuse s'est rencontrée 111 fois dans les grossesses simples et 22 fois dans les grossesses gémellaires.

Du reste d'après Thévenot, Hyrtl (4) a trouvé l'insertion vélamenteuse relativement fréquente dans les grossesses multiples.

Conclusions de la thèse. — L'insertion vélamenteuse est plus fréquente dans les grossesses doubles que dans les grossesses simples.

Elle peut exposer le fœtus à différents accidents pendant la grossesse et pendant l'accouchement.

Pendant la grossesse. — Elle semble être capable de produire la rupture prématurée des membranes (6 cas, aucune autre cause ne pouvant être invoquée).

Elle paraît provoquer dans certaines circonstances l'accouchement avant son terme normal (4 cas paraissent militer en faveur de cette manière de voir).

Elle pourrait nuire au développement de l'enfant et amener sa mort (4 cas).

Elle expliquerait peut-être certaines observations d'hydramnios et d'hydropisies fœtales (2 cas).

Pendant l'accouchement. — Quelques cas de rupture précoce sont peut-être son fait.

---

(1) *Klinik der Geburtshülfe und Gynækologie.* Erlangen, 1852, s. 72. D'après HUETER, *id.*

(2) *Loc. cit.*

(3) *Loc. cit.*

(4) *Les vaisseaux du placenta humain à l'état normal et pathologique.* Vienne, 1870.

Elle peut faire souffrir l'enfant pendant le travail (15 fois liquide amniotique vert).

Elle peut tuer l'enfant plus par compression que par déchirure (2 cas de compression, aucun cas de déchirure).

Elle est une cause prédisposante de la procidence du cordon.

Elle affaiblit la solidité du cordon et facilite sa rupture pendant le dégagement d'un circulaire et par cela même oblige à employer pour la délivrance l'expression française au lieu de la méthode des tractions.

Notes histologiques (Note istologiche), par PINNA-PINTOR, Napoli, 1895.

Travail contenant une série d'examens histologiques de cancers, de fibromes, d'adénomes utérins et surtout de métrites, que l'auteur divise en endométrites glandulaires, endométrites interstitielles, endométrites glandulo-interstitielles, endométrites déciduales. Il y a dans les cent dix cas d'utérus examinés par l'auteur une série de documents que l'on consultera utilement.

I Gemelli monocorii, par M. PAZZI. Estratto dalla *Rassegna medica di Bologna*, n° 18, 1895.

Sopra un caso di emato-salpinge ed ematometra per Mancanza congenita della vagina, par C. DECIO. Estratto dagli. *Alti d'ell Associazone Medica Lombarda,* n° 1, janvier-février 1896.

Ueber Embolie der Lungenarterien in der geburstschilflich-gynäkologischen Praxis, par TH. WYDER. *Sammlung klinisch. Vorträge*, n° 146, 1896.

Traitement des endométrites et des salpingites au début par les vapeurs médicamenteuses, par D. SORDES, Paris, 1896.

Contributo anatomico allo studio della gravidanza cervicale, par G. TROTTA. Naples, 1896.

Resultati prossimi e remoti di 44 applicazioni del forcipe di mia invenzione, par MUZIO PAZZI, Rome, 1895.

Di una modificazione alla manoura di « Veit » per l'estrazione del capo fetale posteriore al tronco, par M. PAZZI. Rome, 1895.

Le Gérant: G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Juin 1896

TRAVAUX ORIGINAUX

NOTE SUR LA SUPPURATION GANGRÉNEUSE DES FIBROMES INDÉPENDANTS DE LA CAVITÉ UTÉRINE

Par **Henri Hartmann** et **René Mignot.**

Bien qu'on ait observé un certain nombre de fois la mortification et la suppuration des fibromes utérins, on connaît assez mal la genèse de ces accidents. Nous n'en voulons pour preuve que la lecture du chapitre que leur consacre M. Pozzi dans la dernière édition de son traité clinique de gynécologie.

« Il est probable, dit-il, que le point de départ de l'inflammation dans les fibromes est toujours une mortification plus ou moins étendue, qui infecte la *capsule* et provoque une suppuration dans cette zone où le tissu est à la fois plus vasculaire et plus lâche. Cette mortification initiale est due, tantôt à une intervention chirurgicale, ayant ouvert la loge du fibrome dans un but thérapeutique, tantôt à une infection venue du dehors, par suite d'une exploration septique (dilatation, cathétérisme); enfin elle peut provenir à la fois de la compression ou de l'oblitération des vaisseaux nutritifs de la tumeur et de l'éraillure de la muqueuse qui la recouvre et la protège contre l'entrée des germes. On observe ce dernier mode de gangrène surtout dans les polypes. S'il est vrai que la mortification d'une petite portion d'un corps fibreux

interstitiel ou sous-muqueux précède l'inflammation et la suppuration, d'autre part celle-ci devient à son tour l'agent qui provoque la gangrène de toute la masse, qu'elle sépare des tissus voisins, par une véritable dissection. »

Cette description tient compte d'un fait habituel en pareil cas : la coïncidence de phénomènes gangréneux et de suppuration. Elle ne l'explique pas, à notre avis, d'une manière satisfaisante. Nous ne saisissons pas très bien cette mortification initiale du fibrome qui détermine une inflammation secondaire de la capsule.

Un fait, que nous avons observé dans le service de notre maître, le professeur Terrier, tendrait à nous faire croire que suppuration et mortification ne sont que deux conséquences dépendant d'une même cause, l'inflammation gangréneuse de la capsule puis du fibrome, résultant toutes deux de l'action d'un microbe spécial.

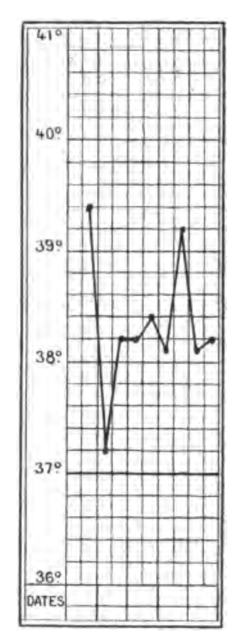


FIG. 1. — Températures avant l'opération.

OBSERVATION. — H. M..., 46 ans, couturière, entre le 25 novembre 1895, dans le service du professeur Terrier, à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac. Réglée à 14 ans, elle a toujours eu des règles abondantes durant cinq, six et même huit jours. Jamais de métrorrhagies dans l'intervalle des règles. La tumeur qu'elle porte dans l'abdomen existe depuis dix à quinze ans et ne s'est développée que très lentement. Elle n'en souffre aucunement et ne se présente à l'hôpital que parce qu'elle a de la fièvre depuis une huitaine de jours.

La tumeur, qui affecte tous les caractères des fibromes utérins,

(1) POZZI. *Traité de gynécologie clinique et opératoire.* Paris, 2e édition, 1892, p. 246.

s'étend, dans le sens transversal, de l'épine iliaque droite à la crête iliaque gauche ; dans le sens vertical, de l'excavation jusqu'au niveau de l'ombilic. Elle est lobulée, dure, mobile et indolente. Au toucher, le col est petit, de nullipare ; immédiatement au-dessus du vagin il s'évase pour se continuer avec la tumeur qui se continue manifestement avec lui.

Il n'existe aucun empâtement, aucune douleur au niveau des culs-de-sac.

L'urine est acide ; sa densité est de 1021 ; 28 gr. 18 d'urée par litre ; des traces d'albumine.

Rien à l'examen du cœur et des poumons.

Le diagnostic porté est *fibrome utérin enflammé*. Aussi dès que la malade est désinfectée, M. Terrier procède-t-il à l'hystérectomie abdominale totale, qui est pratiquée le 30 novembre.

L'opération, bien qu'assez facilement conduite, le fibrome ne présentant aucune adhérence, est suivie de mort dans la soirée, sans que la malade eût vomi, sa température étant de 37°,6 et son pouls de 92. La malade, déjà affaiblie avant l'opération, s'est éteinte. Rien à l'autopsie.

Examen de la pièce. — Le poids de la tumeur est de 2 kilogr. (moins le col utérin). Elle forme une masse arrondie, mais irrégulièrement bosselée ; quatre ou cinq petits fibromes pédiculés, gros comme de petites noisettes, sont appendus à sa face postérieure. Enfin, une tumeur du volume d'un gros œuf, plus molle que les autres bosselures, est appliquée au milieu de sa face supérieure.

La trompe gauche, coupée au ras de la tumeur, s'enfonce immédiatement dans la profondeur ; la trompe droite, au contraire, volumineuse, contourne la tumeur en arrière par un trajet sous-péritonéal, sur une longueur de 6 centim. Des deux côtés les annexes sont saines. L'utérus a, du reste, une surface lisse, partout indemne d'adhérences.

La tumeur est fendue par une incision longitudinale antérieure. On voit alors qu'elle est constituée par six ou sept fibromes dont le plus inférieur a repoussé la cavité utérine à droite.

Cette cavité est dilatée, très allongée et déformée ; elle se recourbe à gauche au-dessus du fibrome, l'encadrant en croissant.

Sa muqueuse semble saine à l'œil nu; elle est lisse, à peine rosée. Il n'y a nulle trace de pus ou de muco-pus à sa surface.

Les fibromes, sauf un petit du volume d'une noisette, sont tous

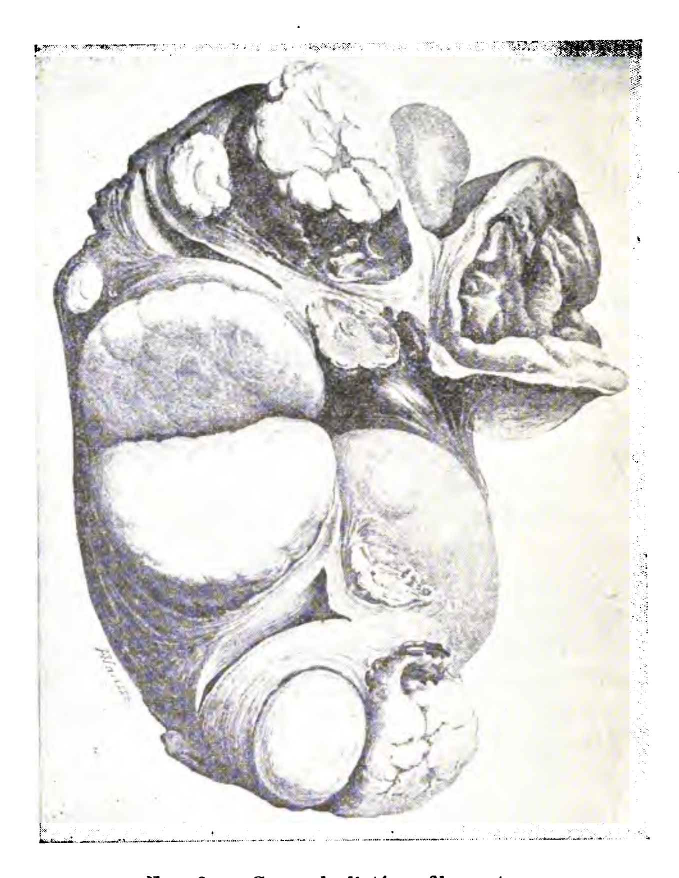


FIG. 2. — Coupe de l'utérus fibromateux.

altérés, mais à des degrés divers. Certains d'entre eux sont fermes, blancs à la coupe, simplement entourés d'une atmosphère celluleuse qui a pris une teinte verdâtre, analogue à celle du tissu cellulaire des cadavres en putréfaction. Ces lésions de putréfaction s'enfoncent avec les prolongements de la capsule entre les lobules du fibrome.

D'autres présentent des lésions plus avancées et sont séparés du tissu utérin par une nappe de pus fluide et grumeleux. Un enfin est presque complètement détruit et transformé en une cavité putrilagineuse, quelques vestiges de fibrome restant seuls adhérents à la coque utérine qui l'entoure. Partout le tissu utérin séparant les fibromes semble sain. Toutes ces parties exhalent à la coupe une odeur nauséabonde.

Examen microscopique. — Des coupes faites sur des fragments de tissu provenant de la partie centrale d'un fibrome, dont la zone périphérique n'a été que peu atteinte par la suppuration, ne montrent rien d'anormal; aucune infiltration embryonnaire, coloration normale des noyaux et du protoplasma.

Au contraire, des coupes provenant d'un fibrome très putréfié, complètement vert et baignant dans une nappe purulente, montrent très nettement au centre une absence plus ou moins complète de coloration des noyaux par l'hématéine; de même le protoplasma se colore mal par le carmin et les fibres, gonflées, ont des teintes indécises. Dans les couches superficielles on retrouve encore quelques fibres normales, à noyau bien coloré. Mais nulle part, sauf dans la zone tout à fait périphérique du fibrome, on ne trouve d'infiltration embryonnaire; en somme, il s'agit, non de lésions inflammatoires, mais de lésions de nécrose, complètes au centre, incomplètes à la périphérie. Du côté de la muqueuse utérine, au contraire, et dans la zone intermédiaire entre les fibromes et la muqueuse, on trouve des lésions inflammatoires très accentuées.

L'épithélium de la muqueuse, dans les points où il se trouve conservé, présente des cellules plus aplaties qu'elles ne le sont normalement. Leur protoplasma semble trouble. Le contraste est surtout frappant quand on les compare aux cellules de revêtement des culs-de-sac glandulaires qui, hautes et claires, semblent absolument saines. La couche sous-jacente à l'épithélium est enflammée, les leucocytes y sont très nombreux, mais irrégulièrement disséminés partout.

Cette infiltration embryonnaire cesse presque complètement dans la partie moyenne de la muqueuse et l'on n'en voit aucune trace autour des glandes.

Plus profondément elle reparaît, très accentuée, mais les leu-

M

U

C

F

FIG. 3. — Sur cette coupe, on voit en M la muqueuse, présentant au-dessous de l'épithélium une infiltration embryonnaire ; — la portion de tissu utérin U intermédiaire à la muqueuse et au fibrome montre autour des vaisseaux des traînées leucocytaires ; — C, Capsule du fibrome, transformée en une nappe purulente. — F, Fibrome.

cocytes sont moins irrégulièrement semés ; ils forment, en certains points, de petits amas de forme tantôt arrondie, tantôt allongée. Au voisinage de ces amas de leucocytes on trouve presque toujours des vaisseaux sanguins remplis de globules rouges auxquels sont mêlés de très nombreux globules blancs.

Dans la zone directement en contact avec le fibrome, on trouve, au milieu de tractus fibreux plus ou moins espacés, de véritables lacs de leucocytes, de petites nappes purulentes.

Les parties périphériques du fibrome sont légèrement infiltrées de cellules rondes. Nous avons dit plus haut ce qu'étaient les parties profondes.

En somme, ces coupes montrent :

1° Une infiltration embryonnaire sous-épithéliale avec intégrité des culs-de-sac glandulaires ;

2° Une lymphangite profonde du réseau sous-muqueux ;

3° Une suppuration diffuse de l'atmosphère celluleuse du fibrome ;

4° Des lésions de nécrose du tissu fibreux, lésions qui paraissent débuter par le centre du fibrome.

A l'examen direct du pus, on trouve, au milieu de leucocytes nombreux, une grande abondance de bacilles courts, volumineux, souvent réunis deux à deux par leurs extrémités. Le bacille se colore bien par toutes les couleurs d'aniline, mais se décolore avec la plus extrême facilité.

En culture aérobie il ne pousse rien.

En culture anaérobie, il donne dans la gélatine, tout le long de la piqûre, une strie blanche de laquelle se détachent de petites arborescences cristallines semblables à du givre. Cette culture apparaît en vingt-quatre heures et ne liquéfie pas la gélatine.

Le bouillon se trouble très rapidement et exhale la même odeur fétide que la tumeur.

L'agar à l'étuve à 37° ne donne qu'une culture très pauvre, une simple strie blanche qui n'apparaît qu'au deuxième ou troisième jour.

Nous aurions désiré inoculer ce microbe aux animaux, malheureusement nous avons eu le tort de ne réensemencer notre culture que trois semaines après le premier ensemencement, et le bacille ne cultiva plus.

Cette observation nous a paru digne d'être relatée, étant

donné sinon l'absence totale, tout au moins l'insuffisance des observations anatomo-pathologiques actuellement publiées. La gangrène de polypes fibreux ou même de fibromes simplement saillants dans la cavité utérine a été fréquemment observée (1). Celle de fibromes indépendants de la cavité, bien que plus rare, a cependant frappé l'attention de bon nombre d'observateurs.

Pinault (2), Viardin (3), Willaume (4), Seyfert-Säxinger (5), Neugebauer (6), Dumesnil (7), Ziemssen (8), Cockle (9), Braxton Hicks (10), Frederick Lange (11), Edebohls (12), Clivio (13), Cullinworth (14), etc. ont publié des observations

---

(1) Quelques opérateurs ont même conseillé autrefois de lacérer la partie superficielle de tumeurs saillantes dans l'utérus, afin d'en déterminer la putréfaction et d'en amener ainsi la guérison. BAKER BROWN. Report of a case of fibrous tumour of the uterus, illustrating a surgical operation for the cure of this affection. *Obstetric. Transact.*, London (1859), 1860, t. I, p. 330. — RETZIUS. *Neue Zeitschrift f. Geburtskunde*, t. XXXI, p. 425. — JÆGER. *Gaz. méd. de Strasbourg*, t. VII, p. 185.

(2) PINAULT. Utérus très volumineux, corps fibreux ramolli. *Bulletins de la Société anatomique*, Paris, 1828, p. 5.

(3) VIARDIN. *Bulletin de la Société anatomique*, Paris, 1834, p. 43.

(4) WILLAUME. *Arch. gén. de méd.*, Paris, t. XXIV, p. 449.

(5) SEYFERT-SAXINGER. *Prager Vierteljahrsschrift*, 1868, t. I, p. 89.

(6) NEUGEBAUER. *Monatsschrift für Geburtskunde*, t. XXVIII, p. 401.

(7) DUMESNIL. Corps fibreux de l'utérus ; élimination spontanée à travers la paroi abdominale. *Gaz. des hôpitaux*, Paris, 1868, p. 6.

(8) ZIEMSSEN. Zur Casuistik der Uterustumoren. *Arch. f. path. Anatom.*, Berlin, 1859, t. XVII, p. 340.

(9) COCKLE. *Medic. Times*, 1863, p. 697.

(10) BRAXTON HICKS. Large fibrous tumour of the uterus. *Obstetric. Trans.*, London (1865), 1866, t. VII, p. 110.

(11) FREDERICK LANGE. Fibromatous tumour of the uterus. *Annals of surgery*, St-Louis, 1886, t. IV, p. 308.

(12) EDEBOHLS. Uterus containing in its walls two gangrenous fibromata. *Americ. J. of obstetrics*, N.-Y., 1891, p. 620.

(13) CLIVIO. Due casi di putrefazione di tumori fibrosi dell'utero. *Gazz. med. di Pavia*, ott. 1892, p. 145.

(14) CULLINWORTH. Large gangrenous interstitial myoma of the uterus. *Obstetrical Transactions*, London, 1894, t. XXXVI, p. 268.

de gangrène de fibromes pouvant même se terminer par l'élimination à travers la paroi abdominale de tumeurs sphacélées.

D'autres observateurs ont insisté sur la suppuration des fibromes. Tels G. Braun (1), Hecker (2), Ch. Carter (3), Mann (4), Cragin (5), etc.; dans les observations de Fenerly (6), d'Empis (7), de Tyson (8), de Maisonneuve (9), la suppuration était limitée à la capsule cellulaire du fibrome.

L'importante monographie de Gusserow (10) et les thèses parues dans ces dernières années, celles de Belade, à Paris (11) de Katz, à Nancy (12), de Funke, à Strasbourg (13), ne nous apportent rien de neuf sur la question. Partout on confond la gangrène des fibromes saillants dans la cavité

---

(1) G. Braun. Zur Behandlung der Uterus-fibroïde. *Wiener med. Zeitschrift*, 1867, p. 101.

(2) Hecker. *Klinik der Geburtskunde*, t. II, p. 183.

(3) Ch. Carter. *Obstetrical Transactions*, London, 1872, t. XIII, p. 167.

(4) Mann. Uterine fibroïd, large pus cavity. *Amer. J. of Obstetr.*, N.-Y., 1887, p. 462.

(5) Cragin. Suppurating fibroma of the uterus. *Ibidem*, 1892, t. II, p. 248.

(6) Fenerly, in Demarquay et Saint-Vel. *Maladies de l'utérus*, Paris, 1876, p. 158.

(7) Empis. *Bulletins de la Société anatomique*. Paris, 1868, p. 228.

(8) Tyson. A case of fibroid tumor of the uterus. *Philad. med. Times*, 1873-1874, t. IV. p. 371.

(9) Maisonneuve, in Demarquay et Saint-Vel. *Maladies de l'utérus*, Paris, 1876, p. 158.

(10) Gusserow. — Neubildungen des Uterus in *Handbuch der allg. u. spec. Chir. von Pitha u. Billroth*, t. IV, 4e fasc.

(11) Belade. — *Étude sur la gangrène des myômes utérins*. Th. de Paris, 1883.

(12) Arnold Katz. — Du sphacèle des fibro-myômes de l'utérus. Th. de Nancy, 1884, n° 184.

(13) Albrecht Funke. *Ueber gangrenöse Fibromyome der Uterus*. Inaug. Dissert., Strasbourg, 1891. — Funke réunit une série de faits de la clinique de Freund et arrive à cette conclusion erronée : « *Seules se gangrènent les tumeurs qui sont déjà dans le vagin ou qui sont sur le point d'être expulsées dans cette cavité* ».

utérine, celle qui débute par la capsule de fibromes interstitiels, la suppuration des fibromes crétifiés, véritables corps étrangers que l'on a vus s'éliminer à la suite de l'infection du tissu qui les entoure.

A fortiori nous manquons totalement d'étude histologique et d'examen bactériologique.

Disons cependant que Reymond, dans un fibrome kystique suppuré, a trouvé du bacterium coli (1). Mais il s'agit là d'un cas très différent de ceux qui nous occupent. Le fibrome adhérait au rectum, était entouré d'une coque inflammatoire et l'infection semble être partie de l'intestin.

Weaton, dans un fibrome, décrit des amas de microcoques dans les espaces lymphatiques et dans le tissu même du néoplasme (2). Mais il n'y avait aucune infiltration embryonnaire, aucun phénomène inflammatoire, et probablement, dit Weaton, si la malade avait survécu sans être opérée, il se serait produit là une de ces transformations du fibrome en adipome avec dégénérescence calcaire partielle.

En somme, nos recherches bibliographiques, tout en nous montrant l'existence de faits identiques au point de vue de la clinique et de l'anatomie pathologique macroscopique, ne nous ont révélé aucun travail histologique ou bactériologique confirmant ou infirmant nos constatations dans le cas soumis à notre observation.

De celle-ci nous croyons pouvoir conclure que les phénomènes de gangrène et de suppuration, notés au niveau des fibromes, sont dus à la présence d'un agent infectieux qui, dans l'espèce, était un anaérobie. Ce microbe existait seul et peu abondant sur la muqueuse utérine ; il existait seul mais très abondant dans le pus de la capsule des fibromes. Il

(1) Reymond (E.). Fibrome kystique de l'utérus contenant du pus dans l'intérieur des poches. *Bulletins de la Société anatomique*, Paris, 1894, p. 81.

(2) Weaton (S. W.). Micrococci in the substance of a decomposing fibroid tumour removed by hysterectomy. *Obstetrical Transactions*, London, 1892, t. XXXIV, p. 187.

semble donc bien que ce soit lui qui ait été la cause de la suppuration putride de ces fibromes.

Nous l'avons du reste retrouvé dans un kyste suppuré du vagin à contenu putride et dans une péritonite enkystée d'origine annexielle, de même à contenu putride. Notre ami M. Morax l'avait déjà trouvé dans une péritonite identique et tout récemment M. Dujon l'a vu associé à du streptocoque dans une bartholinite dont le pus avait une odeur infecte.

Il semble donc que ce microbe anaérobie ne soit pas très rare dans le vagin et qu'à sa présence soient toujours liés des phénomènes de putréfaction.

L'infection, dans le cas de fibrome en voie de transformation putride, se fait par les lymphatiques qui l'apportent de la muqueuse dans la capsule du fibrome. L'absence d'infiltration embryonnaire périglandulaire, jointe à l'abondance de traînées de leucocytes le long des vaisseaux, semble l'établir. Au niveau de la capsule du fibrome, l'infiltration leucocytaire est si abondante qu'il y a là une véritable nappe purulente ; en même temps les vaisseaux y sont thrombosés. Aussi le fibrome, en même temps qu'il est envahi par des cellules embryonnaires à la périphérie, se nécrose-t-il par son centre jusqu'au moment où il tombe en déliquium pour se confondre avec la masse putrilagineuse d'odeur infecte dans laquelle il baigne. Sur notre pièce, on assistait, au niveau des divers fibromes, aux stades successifs de cette transformation.

Un cas isolé est évidemment insuffisant pour édifier une théorie générale. Nous avons cru cependant utile de publier avec quelques commentaires notre observation, afin d'attirer l'attention sur la question peu connue de l'infection putride des fibromes, espérant que de nouvelles recherches permettront ultérieurement de préciser les divers points d'un problème que nous n'avons fait qu'aborder.

LA COLPOTOMIE ANTÉRIEURE

Par **E. Paquy**, interne des hôpitaux.

Dans ces dernières années, les gynécologistes allemands, à la suite de Mackenrodt et de Dührssen, ont eu tendance à attaquer les affections de l'utérus et de ses annexes par la voie vaginale antérieure. La configuration anatomique du bassin permet en effet de pénétrer dans la cavité abdominale, par le cul-de-sac antérieur, d'une façon facile et sûre : On ne rencontre pas d'organes importants, pas de vaisseaux pouvant donner lieu à une hémorrhagie de quelque importance, la face postérieure de la vessie se sépare facilement du col de l'utérus, les uretères sont assez éloignés du champ opératoire pour ne pouvoir être blessés, l'ouverture du péritoine ne présente aucune difficulté, et celui-ci une fois incisé on n'a plus qu'à abaisser le fond de l'utérus dans le vagin, à l'amener à la vulve pour entraîner avec lui les annexes et permettre l'exploration complète du cul-de-sac de Douglas.

L'ouverture péritonéale antérieure, réservée jusqu'ici au traitement des rétroflexions et des rétroversions utérines à la libération des adhérences de la matrice et de ses annexes, tend donc, entre les mains de Dührssen et de A. Martin, à se généraliser, à devenir l'opération de choix pour l'ablation des fibromes de moyen volume, pour l'extirpation des trompes et des ovaires.

Dührssen le premier se servit de la voie vaginale antérieure comme moyen de traiter les affections de l'utérus et de ses annexes. Il donna à cette nouvelle méthode opératoire le nom de « *Cœliotomie vaginale* ». A. Martin appelle cette même opération « *Colpotomie antérieure* ». Il l'applique de parti pris au traitement chirurgical des diverses affections des organes génitaux internes de la femme, ainsi qu'il résulte de la communication qu'il fit en 1895 au Congrès annuel de l'Association médicale britannique.

En France la colpotomie antérieure n'a encore été tentée, croyons-nous, que par MM. Le Dentu et Pichevin.

Nous donnons ci-dessous le manuel opératoire décrit par A. Martin, et reproduit par le *British medical Journal*, n° 1827, 4 janvier 1896.

Manuel opératoire. — La malade étant placée dans le décubitus dorsal, les cuisses relevées, on introduit un spécu-

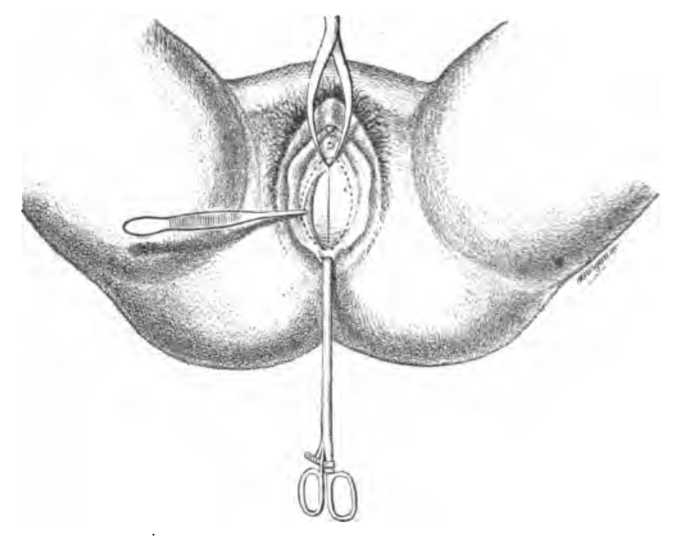


FIG. 1 (d'après A. MARTIN).

lum dans le vagin, et l'utérus est fixé par la pince de Orthmann (1), qui saisit la lèvre antérieure du col de façon à l'abaisser jusqu'à la vulve. On place une pince érigne au-dessous de l'orifice de l'urèthre, à 6 centim. et demi environ

(1) La pince de Orthmann, assistant de A. Martin, est une « sorte de pince-sonde, séparable en deux branches comme le forceps, s'articulant à la manière du forceps de Nægelé, l'une des branches, incurvée, plus longue que l'autre et figurant la sonde, l'autre pourvue de deux crochets solides et de plusieurs rainures constituant la pince, qui assure une prise solide sur la matrice et permet de l'abaisser fortement ». LABUSQUIÈRE. *Annales de gynécol.*, 1894, p. 281.

de l'orifice cervical et on tend vers le haut la paroi vaginale antérieure qui est incisée verticalement, et détachée latéralement de la surface de la vessie et de la portion supra-vaginale du col (fig. 1 et 2).

On sectionne quelques trousseaux fibreux qu'on rencontre au-dessus de l'insertion vaginale, puis avec le doigt, au

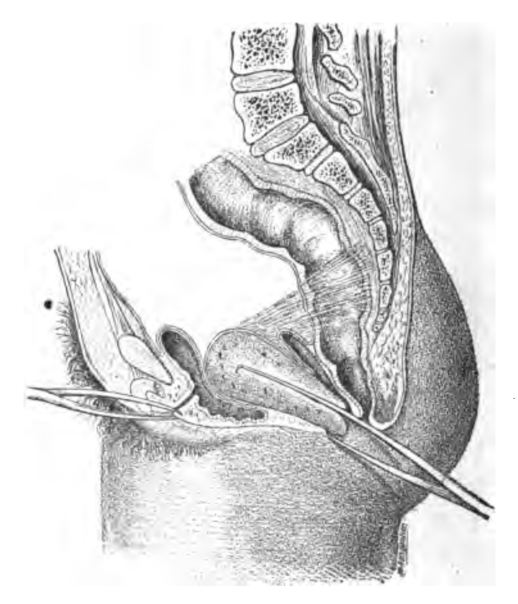


FIG. 2 (d'après A. MARTIN).

niveau de la partie supérieure de la plaie, on pénètre dans le tissu cellulaire lâche, situé entre la vessie et l'utérus. On sépare ces deux organes, on repousse la vessie derrière le pubis. On aperçoit alors sur la face antérieure de l'utérus un pli transversal d'aspect nacré, c'est le cul-de-sac de réflexion du péritoine. On l'incise, la cavité abdominale est ouverte.

Pendant tout ce premier temps de l'opération l'hémorrhagie a été insignifiante ; A. Martin dit n'avoir jamais eu besoin de placer des ligatures.

La cavité péritonéale ouverte, l'opérateur agit suivant la nature de la lésion à laquelle il a affaire : fibrome, salpingite, grossesse tubaire, adhérences péritonéales, etc. (fig. 3, 4).

L'opération se termine par une vagino-fixation, qui est nécessaire pour obtenir une occlusion exacte de la paroi abdominale et de la plaie vaginale, et en cas de péritonite

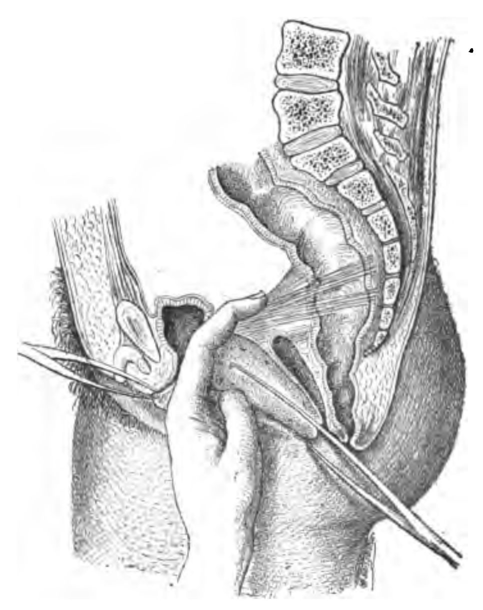


FIG. 3 (d'après A. MARTIN). — Le péritoine est ouvert. Le doigt pénètre entre la vessie et l'utérus et va libérer les adhérences de la face postérieure de la matrice.

chronique du petit bassin, ayant amené l'adhérence de la face antérieure du rectum avec la face postérieure de l'utérus, pour fixer l'utérus en antéversion : ce qui est utile si on veut éviter de nouvelles cicatrices entre les surfaces plus ou moins saignantes des organes pelviens. Au moyen d'une aiguille courbe on place un point de suture au catgut au niveau de la partie supérieure de l'incision vaginale. L'aiguille traverse successivement la lèvre vaginale, le tissu cellulaire de la base de la

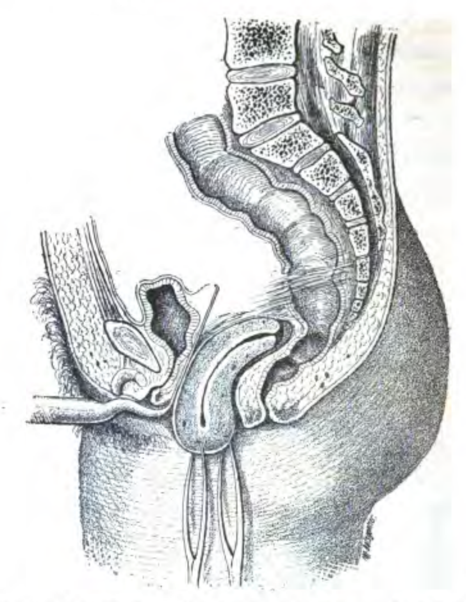


Fig. 4 (d'après A. Martin). — Le fond de l'utérus est attiré à la vulve, l vessie refoulée avec un écarteur; on peut explorer la face postérieure de l'utérus et le cul-de-sac de Douglas.

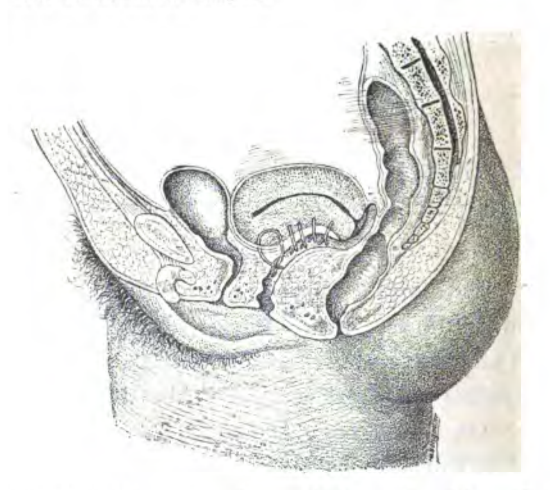


Fig. 5 (d'après A. Martin). — Suture de la paroi antérieure de l'utérus à la paroi vaginale antérieure (vagino-fixation).

vessie, le péritoine, la paroi antérieure de l'utérus au niveau du fond ; l'aiguille chemine ensuite dans l'épaisseur de la paroi utérine et ressort de façon à décrire un trajet inverse (fig. 5).

Deux autres points de suture fixent la plaie vaginale à la face antérieure du corps de l'utérus, un quatrième au col de l'utérus. Enfin un surjet ferme la plaie vaginale par-dessus ces sutures profondes. La cicatrisation est en général parfaite au bout de huit à dix jours.

On laisse lever la malade le douzième jour.

On ne fait aucun traitement local ; il n'y a aucune réaction fébrile ; les mictions sont presque toujours spontanées.

Indications. — Si nous entrons maintenant dans le détail des affections justiciables de la colpotomie antérieure, nous voyons que A. Martin l'emploie dans les cas de :

a) Fibromes. — On peut enlever par cette voie les fibromes sous-péritonéaux par simple incision avec ligature du pédicule ; les fibromes interstitiels à travers une incision faite à la paroi antérieure de l'utérus. Par morcellement, on peut aussi enlever de grosses tumeurs, en ayant soin toutefois de ne pas s'attaquer aux fibromes qui dépassent l'ombilic. La colpotomie antérieure permet d'appliquer la paroi antérieure de l'utérus à la plaie vaginale et de contrôler par la vue s'il y a ou s'il n'y a pas hémorrhagie. S'il survient des difficultés au cours de l'opération il est toujours facile de pratiquer une hystérectomie totale.

b) Rétroflexions mobiles. — La colpotomie permet de fixer l'utérus au vagin.

c) Adhérences péritonéales. — Elles peuvent être décollées, même lorsqu'elles s'étendent à toute la surface utérine. Il suffit de quelques sutures pour arrêter l'hémorrhagie consécutive au décollement de ces adhérences.

d) Prolapsus utérin. — En réséquant une partie de la paroi vaginale antérieure pour lui rendre sa longueur normale et en fixant l'utérus à la portion supérieure de la paroi antérieure du vagin, on enlève le poids de l'utérus

à tout ce qui l'entoure et on le fixe en position normale.

e) ADHÉRENCES DES OVAIRES ET DES TROMPES. — En abaissant l'utérus et en faisant basculer son fond en avant, si les annexes ont contracté des adhérences avec sa paroi postérieure on les amène à la vulve et on peut facilement les libérer. L'opération est contre-indiquée lorsque les annexes sont adhérentes à la paroi postérieure du cul-de-sac de Douglas : Il faut avoir recours à la laparotomie.

f) KYSTES DE L'OVAIRE. — On peut les ponctionner par le cul-de-sac antérieur, et les attirer au dehors de façon à lier le pédicule. A. Martin est arrivé ainsi à vider un certain nombre de kystes folliculaires, sans hémorrhagie ; il a ensuite rentré les ovaires dans la cavité pelvienne. Dans d'autres cas il a pu réséquer les portions d'ovaire qui lui paraissaient malades.

g) MALADIES DES TROMPES. — Salpingite chronique, pyosalpinx, hématosalpinx. Dührssen a enlevé ainsi deux grossesses tubaires, Kossmann une, A. Martin une.

Dans 8 cas d'hydrosalpinx, A. Martin s'est contenté d'ouvrir la trompe et d'en suturer la muqueuse à la plaie vaginale.

La statistique de A. Martin portait, le 26 novembre 1895, sur 149 cas de colpotomies antérieures, faites en grande partie par lui, les autres par ses assistants (1). Dans la majorité des cas, exactement dans 93, on pratiqua la colpotomie pour pelvi-péritonite chronique : on trouva 58 fois l'utérus immobilisé, 12 fois en rétroflexion, 2 fois en rétroversion, 1 fois en prolapsus. En même temps que la pelvi-péritonite chronique, il coexistait :

1 fois un abcès péri-uréthral, 2 fois du prolapsus et 15 fois de la ptose vaginale, 10 fois des ulcérations du col, 4 fois sténose de l'orifice externe, 15 fois de la métrite chronique, 4 fois des fibromes, 20 fois de l'ovarite double ou simple, 3 fois atrésie tubaire double ou simple, 6 fois salpingite dou-

(1) P. WENDLER. *Berl. klin. Woch.*, nº 1, 6 janvier 1896.

ble ou simple, 7 fois double ou simple hydrosalpinx, pyosalpinx ou hématosalpinx; dans un cas l'utérus avait contracté des adhérences avec l'intestin grêle.

Dans les 56 autres cas, il n'y avait pas de pelvi-péritonite chronique. La colpotomie antérieure fut alors pratiquée :

13 fois pour fibromes;
10 fois pour lésions de l'ovaire;
8 fois pour maladies des trompes;
25 fois pour des affections de diverse nature.

Comme complications opératoires, A. Martin signale 4 cas où on dut faire la résection d'une partie du fond de l'utérus; la vessie fut blessée trois fois, on la sutura immédiatement et la fonction de l'organe ne fut pas troublée.

A la suite de ces 149 cas il n'y eut aucun décès. Huit de ces femmes étaient encore en traitement lorsque A. Martin publia sa statistique. Pour les 141 autres, les suites opératoires furent en général apyrétiques;

56 durent être sondées jusqu'au troisième jour, 16 jusqu'au sixième, 8 jusqu'au dixième, 4 jusqu'au quinzième.

Six fois il y eut incontinence passagère d'urine.

A. Martin a revu 87 de ses opérées, chez 61 la guérison était complète, chez 14 il y avait simple amélioration, chez 9 l'état était stationnaire; enfin une femme est atteinte d'aliénation mentale, une autre est tuberculeuse.

Les résultats opératoires de la colpotomie antérieure sont donc satisfaisants puisque la mortalité a été nulle et que la guérison, en ne comptant que les malades qui ont été suivies, s'est maintenue dans la majorité des cas.

Malheureusement A. Martin termine par une vaginofixation, qui constitue le troisième temps de son opération et c'est là, je crois, ce qui doit faire rejeter ce procédé opératoire par tout chirurgien prudent.

A la suite des nombreuses vaginofixations qui ont été faites en Allemagne, dans ces dernières années, un certain nombre de femmes chez lesquelles cette opération avait été pratiquée sont devenues enceintes. Les unes ont accouché nor-

malement au terme de leur grossesse, un certain nombre ont avorté, d'autres enfin ont eu des couches tellement laborieuses que l'attention fut bientôt éveillée sur ces cas, malheureusement de plus en plus nombreux.

A la séance de la Société gynécologique de Berlin, du 28 juin 1895, Strassmann cite l'histoire d'une femme (1) à laquelle Dührssen, en octobre 1893, avait pratiqué une köliomyomectomie vaginale. On avait enlevé un fibrome de l'utérus, de la grosseur d'un œuf de poule et la matrice avait été fixée au vagin de façon à suturer à la plaie vaginale la solution de continuité produite par l'extirpation de la tumeur.

En mai 1895, cette femme était arrivée au terme de sa grossesse. Le col était alors situé en arrière, au-dessus et à droite de la ligne innominée; la tête fœtale, engagée dans l'excavation, repoussait devant elle la portion de l'utérus qui avait été vaginofixée.

Au niveau de l'orifice utérin on sentait l'épaule. La torsion de l'utérus fit échouer la version combinée, il en fut de même d'une tentative de dilatation du col.

Au bout de vingt-quatre heures, l'état de la femme était inquiétant, la température atteignait 38°, et le pouls 104, l'abdomen était très douloureux à la palpation, l'utérus tétanisé. Le travail restait stationnaire.

Une nouvelle tentative de version, sous le chloroforme, ne donna aucun résultat. Il était impossible de pratiquer la détroncation puisqu'on ne pouvait pas atteindre le bras, ni la crâniotomie puisque la tête ne se présentait pas à l'orifice. Restait la césarienne, ce fut à cette dernière opération qu'on eut recours. Pendant l'intervention, on vit que l'utérus s'était développé presque exclusivement aux dépens de son bord droit et de sa face postérieure ; l'ovaire droit se trouvait situé au sommet du globe utérin, tandis que l'origine du ligament rond gauche se trouvait située au niveau du col.

---

(1) *Zeitschrift für Geb. und Gynäk.* Bd. XXIII, Heft.1, p. 24.

La femme mourut une heure et demie après l'opération. A l'autopsie on trouva une certaine quantité de sang dans la cavité abdominale, un hématome du ligament large droit et, au niveau du cul-de-sac vaginal antérieur, une perforation qui admettait le doigt et qui permettait de pénétrer dans l'abdomen et le ligament large droit. Sur le bord de cette perforation on voyait de la substance musculaire provenant de la portion utérine qui avait été fixée au vagin.

Quatre mois après, le 25 octobre 1891, Strassmann rapportait à la Société gynécologique de Berlin un nouveau cas qui, cette fois, se termina heureusement grâce à une version. L'auteur pense qu'ici encore la dystocie était due à l'opération qui avait été pratiquée quelque temps auparavant.

Græfe (1) fit connaître à cette époque un cas de vaginofixation dans lequel un accouchement ultérieur dut se terminer par une césarienne. Présentation de l'épaule, tentative infructueuse de version; sous la menace d'attaques d'éclampsie, Græfe dut faire une césarienne pour terminer l'accouchement. Son incision porta sur le fond et la paroi postérieure de l'utérus.

Wertheim (de la clinique du professeur Schauta, de Vienne) (2) rapporte que parmi les 37 cas de vaginofixation qu'il a publiés en 1875 dans le *Centralblatt für Gynækologie*, trois femmes sont devenues enceintes. Chez deux de ces femmes, on avait pratiqué la fixation de l'utérus sans ouvrir le péritoine. Une avorta à quatre mois, l'autre accoucha à terme. Chez la troisième, on avait suturé directement l'utérus au vagin, après ouverture du cul-de-sac péritonéal.

Cette femme, examinée cinq mois après le début de sa grossesse, présentait les particularités suivantes :

« Le fond de l'utérus est comme cloué à la paroi vaginale antérieure. L'utérus en se développant a entraîné vers le haut la partie du vagin à laquelle il adhérait, de façon à lui

(1) *Monatsschrift für Geburtsh. und Gynäk.* Bd. II, Heft. 6.

(2) *Centralblatt für Gynäkologie*, n° 2, 1876.

faire prendre au début la forme d'une petite fossette, puis d'un entonnoir profond » (fig. 6).

Le col, qui était attiré de plus en plus vers le promontoire, ne pouvait plus être atteint même avec deux doigts à la fin de la grossesse.

Il était à cette époque situé au-dessus du promontoire.

Cette femme entra le 12 novembre, dans le service du professeur Schauta : l'utérus ne dépassait l'ombilic que d'un travers de main, il s'était développé latéralement et

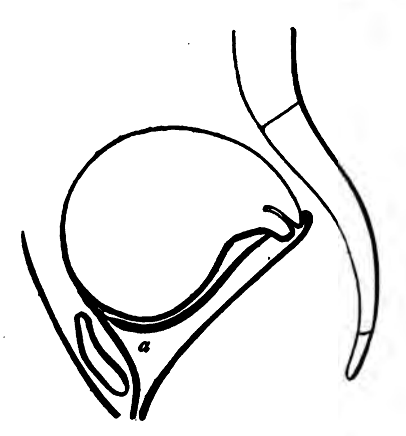


Fig. 6 (d'après Wertheim).

a. Paroi antérieure du vagin en forme d'entonnoir.

atteignait de chaque côté la ligne axillaire. Présentation de l'épaule, tête à droite. La paroi antérieure du vagin attirée vers le haut derrière la symphyse a la forme d'un entonnoir. Les ligaments ronds se sentent à mi-hauteur de l'ombilic, convergent vers la ligne médiane et semblent s'entrecroiser à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. C'est à ce niveau qu'on trouve le fond de l'utérus. Malgré des contrac tions énergiques le travail reste stationnaire. La dilatation du col est très lente, puisqu'au bout de sept heures, elle admet seulement deux doigts. L'orifice utérin semble avoir encore remonté, la paroi antérieure plonge dans le bassin, on ne

peut plus atteindre la lèvre postérieure. On fit la version de Braxton Hicks, la saisie du pied fut très laborieuse. Dès qu'on y fut parvenu on fit sur le membre amené au dehors des tractions continues, grâce auxquelles le siège apparut à la vulve trois heures plus tard ; l'extraction manuelle se fit rapidement et permit de donner le jour à un enfant vivant du poids de 3,900 grammes et de 54 centim. de long.

La main, introduite dans l'utérus, permit alors de constater, par le palper bi-manuel, qu'en outre de la situation anormale des ligaments ronds et des annexes, diagnostiquée avant l'accouchement, la paroi postérieure de l'utérus, quoiqu'intacte était extrêmement amincie ; qu'il n'y avait plus trace de lèvre postérieure, le vagin et l'utérus se continuant sans interruption, tandis que la lèvre antérieure du col était rigide et épaissie.

L'amincissement de la paroi postérieure était surtout extraordinairement marqué à la partie supérieure : à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, la paroi devient épaisse, au moment des contractions on sentait là une saillie transversale. Les suites de couches furent normales.

Sur 235 vaginofixations Wilh. Rühl (1) a observé 12 fois la grossesse. Dans 7 cas l'accouchement a été normal et spontané, dans 3, le travail traînant en longueur, on dut pratiquer la version podalique. Dans 2 autres cas malheureusement les choses se passèrent de la même façon que dans les observations de Strassmann, de Græfe et de Wertheim.

En avril 1894, Will. Rühl fit à la femme E. H. de N. une vaginofixation pour rétroflexion adhérente. Neuf mois après elle devint enceinte. Dernières règles au commencement de février 1895. Pendant toute la grossesse on note de la difficulté de la miction ; on dut recourir plusieurs fois au cathétérisme.

Le 1er novembre 1895, W. Rühl fut appelé auprès de la parturiente, en travail depuis quarante-huit heures, par la

(1) *Centralblatt für Gynäkol.*, 1896, n° 6.

sage-femme qui l'assistait. A son arrivée, il trouva les membranes rompues, le fœtus mort, depuis vingt-quatre heures des contractions utérines extrêmement violentes et presque ininterrompues ; la douleur persistait dans l'intervalle des contractions et le ventre était sensible au plus petit attouchement. La tête fœtale faisait saillie dans le petit bassin, elle était comme coiffée par le segment inférieur. L'orifice utérin était à droite, au-dessus de la ligne inno-



Fig. 7 (d'après Wilh. Rühl).

a. Origine du ligament rond. — *c. f.* Diverticule de la paroi antérieure dans lequel était engagée l'extrémité céphalique avant qu'elle ne fût refoulée. — *a. b. c. d.* Paroi postérieure et fond de l'utérus.

minée et on ne pouvait l'atteindre sans endormir la femme.

L'utérus s'était développé aux dépens de sa moitié postéro-supérieure, la tête se trouvait située dans un diverticule formé par la partie inférieure de la paroi antérieure, qui elle n'avait que peu contribué au développement anormal de l'organe. Il était facile de s'en assurer par la situation des ligaments ronds dont on sentait l'origine à un travers de doigt au-dessus de la symphyse (fig. 7).

Après avoir repoussé la tête qui plongeait dans l'exca-

vation, on put atteindre le col : il admettait quatre doigts; le bord antérieur de l'orifice donnait la sensation d'un anneau rigide et inextensible; on parvint cependant à le dilater suffisamment pour pouvoir introduire la main dans l'utérus et saisir un pied; mais ce fut tout ce qu'on put faire et il fut impossible de faire évoluer le fœtus.

On pratiqua alors la perforation du crâne, rendue très difficile par la hauteur à laquelle il fallait opérer. Les manches de l'instrument étaient entièrement dans le vagin. La tête est alors saisie par le cranioclaste et on essaie l'extraction du fœtus, qui est impossible à cause de la rigidité du col. On dut alors introduire quatre doigts dans l'utérus entre la tête et la partie antérieure du col, et sectionner le segment inférieur d'arrière en avant sur une étendue de 6 centim. environ. On put alors extraire facilement le fœtus. Les suites de couches furent normales.

La seconde observation rapportée par W. Rühl est identique. Vaginofixation le 26 février 1894 pour rétroflexion. Dernières règles en février 1895, complications vésicales comme dans le premier cas. Début du travail le 25 novembre 1896, rupture prématurée des membranes à 4 heures du matin, procidence du cordon. Vingt-quatre heures plus tard W. Rühl trouve le col au-dessus de la ligne innominée, permettant environ quatre doigts; tête profondément engagée et située dans un diverticule de la paroi antérieure.

Une tentation de version échoue; on attire alors la lèvre antérieure du col au moyen d'une pince de Museux et on fait une incision de 8 centim. à travers la paroi antérieure du vagin et celle de l'utérus, au niveau de la suture vagino-utérine. L'épaisseur de la paroi sectionnée était d'un centim. On fit alors facilement une application de forceps. Les suites de couches furent normales.

Tel est le bilan de la vaginofixation; il faut avouer qu'il n'est pas bien encourageant, et il est probable que le nombre des cas de dystocie irait en augmentant, si la colpotomie antérieure devenait, comme le demande M. Martin, le procédé

de choix pour le traitement chirurgical des maladies de l'utérus et des annexes. Bien loin de vouloir généraliser cette méthode, nous pensons qu'il faut la réserver aux femmes ayant atteint la ménopause où aux cas dans lesquels on est décidé à faire la castration bilatérale.

Ce qui frappe, lorsqu'on lit les observations de Strassmann, Græfe, Wertheim, Wilh. Rühl, c'est qu'elles semblent avoir été copiées les unes sur les autres. Chez toutes le développement de l'utérus s'est fait d'une façon anormale pendant la grossesse : il y a eu défaut de parallélisme entre le développement de la paroi antérieure immobilisée par son adhérence au vagin et celui de la paroi postérieure qui, libre de toute adhérence, a dû suffire à elle seule à l'augmentation de volume de la matrice ; d'où cet amincissement de la portion postéro-supérieure, signalé par Wertheim et qu'il a pu constater en introduisant la main dans la cavité utérine. Le col a aussi perdu sa situation normale, et les différents auteurs que nous avons cités sont tous d'accord pour le signaler très haut, au-dessus de la ligne innominée. On conçoit facilement combien une pareille situation est défavorable pour l'accouchement.

Une autre particularité sur laquelle Wilh. Rühl insiste et que les autres auteurs ont aussi signalée, c'est la rigidité de la demi-circonférence antérieure du col, rigidité qui empêche la dilatation de se produire et qui serait due au tissu cicatriciel qui se forme par la fusion de la paroi vaginale et de la paroi utérine. Pour lui, ce demi-anneau rigide est la cause principale de l'obstacle apporté à l'accouchement, soit en empêchant la sortie du fœtus, soit en compromettant le jeu de la main introduite dans l'utérus. Nous avons vu que dans sa première observation, la céphalotripsie fut insuffisante pour extraire le fœtus et que Wilh. Rühl fut forcé de sectionner à l'aide d'un ténotome, d'arrière en avant, toute la cicatrice vagino-utérine. Alors seulement on put extraire l'enfant.

Cette rigidité cicatricielle du col pourrait dans certains

cas être cause d'une rupture utérine, qui pourrait se produire soit au niveau de la paroi postérieure considérablement amincie, soit au niveau de la partie supérieure de la face antérieure, qui généralement coiffe l'extrémité céphalique et plonge avec elle dans l'excavation. Dans le cas de Strassmann on trouva, à l'autopsie, au niveau du cul-de-sac vaginal antérieur, une perforation qui admettait le doigt et permettait de pénétrer dans l'abdomen et dans le ligament large gauche.

En résumé, on est en droit d'accuser la vaginofixation des méfaits suivants :

1° Pendant la grossesse :

Troubles de la miction ;

Développement anormal de l'utérus pouvant amener des présentations vicieuses ;

Dans presque tous les cas, l'épaule se présentait à l'orifice utérin.

2° Au moment de l'accouchement :

Lenteur du travail, causée par une rigidité cicatricielle spéciale du col empêchant la dilatation de se produire et pouvant causer des ruptures utérines.

Grave pronostic pour la mère et pour l'enfant.

Jusqu'ici nous n'avons envisagé que les opérées chez lesquelles la grossesse a pu être menée à terme, il n'en est pas ainsi chez toutes : Strassmann (Société gynécologique de Berlin, séance du 25 octobre 1895) fait remarquer combien sont fréquents les avortements après vaginofixation. Ils seraient dus aux tiraillements produits par les adhérences vaginales.

Une des opérées de A. Martin est morte de la rupture d'une grossesse tubaire le 7 novembre 1895. Nous ne tirerons pas de conclusions de ce cas unique de grossesse ectopique à la suite de vaginofixation. L'avenir se chargera de démontrer si la suture de l'utérus au vagin prédispose à la grossesse extra-utérine.

Conclusions. — Tous les faits que nous venons d'exposer

plaident mal en faveur de la colpotomie antérieure et nous croyons que cette opération n'est pas encore près de détrôner la laparotomie, comme le voudraient ses promoteurs. A. Martin, Dührssen, insistent sur certains procédés particuliers qui seraient de nature à éviter ces désastres. A. Martin conseille de faire la section vaginale aussi longue que possible, c'est-à-dire de la conduire tout auprès de l'orifice uréthral, de commencer la suture en haut, à 2 centim. au-dessous du fond de l'utérus et de s'arranger de façon à ce qu'il ne soit que peu ou pas couché sur sa face antérieure, et enfin de ne se servir que de catgut.

Dührssen (1) recommande de ne faire que des points de suture séro-séreux, de fermer isolément le péritoine (ce qu'il fait depuis sept mois).

Nous ne pensons pas que ces modifications soient bien efficaces ; l'utérus en vaginofixation contractera toujours des adhérences plus ou moins solides avec le vagin, et du plus ou moins de solidité, de ces adhérences dépendra le sort des accouchements ultérieurs. Si ces adhérences sont lâches, l'utérus pourra se développer normalement. Si au contraire elles sont solides le segment inférieur au lieu de plonger dans l'excavation restera au-dessus du détroit supérieur, le col sera dirigé en haut et en arrière, au-dessus de la ligne innominée, le tissu cicatriciel s'opposera à la dilatation du col et on verra apparaître toutes les complications que nous avons signalées dans les observations des auteurs allemands.

Mackenrodt lui-même, abandonne la vaginofixation, pour lui substituer la vésicofixation, c'est-à-dire la suture du péritoine vésical au péritoine utérin.

---

(1) *Gesellschaft für Geb. und Gynäk.* de Berlin, séance du 10 janvier 1896.

INDICATIONS ET TECHNIQUE DU TRAITEMENT ÉLECTRIQUE DES FIBROMES UTÉRINS

Par le Dr **L.-R. Régnier**
Ancien interne des hôpitaux.

Indications et contre-indications du traitement électrique. — L'existence d'un fibrome établie, il faut rechercher s'il n'est pas compliqué de lésions kystiques, hématiques ou suppurées des annexes, auquel cas le traitement électrique serait formellement contre-indiqué. Si après un examen minutieux, pratiqué au besoin sous le chloroforme, il reste encore quelque doute, il y a un excellent moyen d'être fixé et c'est l'électricité qui va nous le fournir. Si, en effet, après avoir disposé l'appareil comme je le dirai plus loin, on amène doucement le courant jusqu'à l'intensité de 50 milliampères et que ce courant provoque des douleurs vives, que le soir la malade présente une élévation de température et de la fièvre, on peut être sûr qu'il existe une complication du côté des annexes, et dans ce cas il n'y a pas à insister, le fibrome n'est pas susceptible d'être traité par l'électricité, l'intervention chirurgicale s'impose.

L'opération est encore indiquée :

1° Lorsque le fibrome est accompagné d'hydrorrhée. Dans ces variétés, en effet, l'électricité ne diminue ni les pertes de liquide, ni le volume de la tumeur. Elle tend plutôt à augmenter les douleurs et l'écoulement hydrorrhéique en provoquant la contraction utérine, et comme ce dernier altère rapidement l'état général des malades, il ne faut pas tergiverser en vains essais. D'ailleurs ces fibromes hydrorrhéiques sont pour la plupart pédiculés et à ce titre ils rentrent dans notre seconde catégorie. Les fibromes pédiculés doivent, en effet, être enlevés surtout s'ils provoquent des troubles graves de l'état général ou de sérieux accidents par compression des organes voisins. Il faut encore recourir à

l'opération lorsque la compression engendrée par la tumeur amène des accidents menaçants pour la vie de la malade : ascite, hydronéphrose, occlusion intestinale.

Il y a lieu, d'autre part, d'appliquer le traitement électrique :

1° Toutes les fois qu'un fibrome accompagné ou non de métrorrhagie coïncide avec des annexes saines ou tout au moins ne contenant aucun élément susceptible d'inflammation : kyste, pus ou sang. Dans les cas d'hémorrhagies le traitement électrique doit être préféré aux opérations palliatives, curettage ou castration, qui ne donnent pas de résultats plus définitifs. Il existe cependant trois variétés d'hémorragies qui nécessitent l'intervention radicale : 1° quand on est en présence de ces volumineux fibromes interstitiels dans lesquels les vaisseaux sanguins dilatés et indurés s'ouvrent largement sur la surface d'une muqueuse utérine atrophiée et dégénérée ; 2° quand l'hémorrhagie est liée à la présence d'un fibrome pédiculé tout entier inclus dans la cavité utérine.

Mais il convient parfaitement dans deux ordres de cas :

1° Lorsqu'on a affaire à des tumeurs de petit volume suffisantes cependant pour provoquer la gêne de la marche, les troubles de la miction, des douleurs, des pesanteurs dans le ventre, de la constipation ;

2° Dans les cas de tumeurs très volumineuses et même multiples si les annexes sont en bon état. L'opération dans ces variétés expose, en effet, les malades à des risques sérieux et trop fréquemment mortels ; on verra, dans les observations ci-jointes, qu'on peut obtenir du traitement électrique suffisamment prolongé la cessation des hémorrhagies et une diminution de la tumeur suffisante pour déterminer la suppression des douleurs et de la gêne. Cette diminution pourrait même être beaucoup plus marquée, ainsi que le fait remarquer Tripier dans son récent article de la *Revue scientifique*, si les malades n'avaient hâte en général, lorsqu'elles vont mieux, de cesser de se soigner.

Les fibromes mous ou peu consistants sont ceux qui répondent le plus vite aux bons effets du traitement électrique et il n'est pas exceptionnel de les voir diminuer ou disparaître en un nombre relativement peu considérable de séances.

Dans les cas de fibromes mous, implantés par un large pédicule, très vasculaires, qui ont donné une si forte mortalité à la méthode de l'écrasement lent et pour lesquels on fait aujourd'hui une hystérectomie totale, le traitement électrique entrave rapidement les fonctions trophiques et produit une nécrose rapide. Aussi faut-il veiller avec beaucoup de soin à éviter toutes les causes d'infection septique et soumettre les malades à une antisepsie rigoureuse pendant les séances et dans leur intervalle.

Lorsque le fibrome est très dur, il résiste beaucoup plus à l'action électrolytique du courant et cela pour deux raisons : la première, c'est qu'il est en général peu vasculaire et que par conséquent le travail de nutrition y est plus lent ; la seconde, c'est que sa résistance au courant électrique est beaucoup plus grande. Les recherches que j'ai faites à ce sujet dans le service de mon excellent et cher maître le Dr Labadie-Lagrave sont très concluantes :

Si on cherche, en effet, la résistance électrique de fibromes de volume, de situation semblables, mais de consistance différente, voici ce qu'on trouve en résumé : Pour les fibromes demi-consistants ou mous, la résistance varie de 60 à 100 ohms. Pour les fibromes très durs, elle n'est jamais au-dessous de 100 ohms et va dans mes expériences personnelles jusqu'à 250 et 300.

Il faut donc, pour en venir à bout, des intensités plus considérables que chez les premiers et on doit donner à la malade tout ce que sa sensibilité lui permet de supporter, mais au moins 150 à 200 milliampères. Si on veut avoir un résultat tant soit peu rapide, c'est-à-dire au bout de soixante ou quatre-vingts séances et peut-être plus, dans ces cas l'application devra être de courte durée, trois à cinq minutes

au plus et répétée assez fréquemment, en moyenne trois fois par semaine. C'est à cette variété surtout qu'il faut appliquer, quand c'est possible, la galvano-puncture négative.

Les chances de succès varient aussi, suivant le siège de la tumeur. Lorsqu'elle proémine du côté de la cavité utérine, le traitement par les cautérisations galvano-chimiques intra-utérines, convenablement espacées, est celui qui présente les meilleures chances de réussite, que le fibrome s'énuclée, qu'il se résorbe ou s'atrophie. Lorsqu'il est intra-mural, ce qui est le cas le plus fréquent, en même temps que celui où l'utérus subit les distensions les plus considérables, le plus de déformation et d'augmentation d'étendue de sa cavité, le courant électrique est particulièrement avantageux. Ce sont les cas où l'hystérectomie est le moins favorable.

Les fibromes sous-péritonéaux sont ceux qui sont le moins accessibles aux différentes méthodes électriques, à moins qu'on ne puisse employer la galvano-puncture. Mais dans la plupart des cas, ce qu'on se borne à chercher, c'est la diminution ou la disparition des symptômes concomitants, et cela suffit d'ailleurs à rendre aux malades de ce genre, la santé.

Voyons maintenant les causes d'insuccès. Aucune ne peut être mise sur le compte de l'agent thérapeutique bien employé. Cela dépend d'abord de la localisation, de la consistance du fibrome, de certaines tendances organoleptiques qui créent en dehors du fibrome une aptitude spéciale aux hémorrhagies : telles sont certaines affections du foie, l'hémophilie, la chlorose. Cela tient aussi : 1° à l'opérateur ; 2° à la malade.

L'opérateur peut, par lui-même, annihiler tout succès par son ignorance de la gynécologie, par le manque de savoir-faire opératoire. La timidité empêche les effets thérapeutiques rapides et salutaires et expose les malades à des rechutes. La trop grande hardiesse ou la brutalité, le manque de précautions antiseptiques rigoureuses, les séances trop

fréquentes ou trop prolongées, constituent autant de dangers. La coexistence des maladies non reconnues des annexes est, pour ceux qui n'approfondissent pas suffisamment leur diagnostic, une cause d'accidents graves ou d'interventions déplacées.

La malade doit aussi observer certaines précautions antiseptiques et surtout garder le repos au lit pendant quelques heures après la séance, sous peine de péritonite.

Il faut bien se dire que le plus souvent le traitement électrique est long, qu'il n'est pas toujours aisé de le mener jusqu'au bout, surtout lorsque les tumeurs sont très grosses ou qu'elles ont beaucoup saigné.

Mais ce qu'on peut dire à son avantage, c'est que s'il est appliqué par une main sûre et un esprit judicieux et bien éclairé sur les indications et contre-indications, ainsi que sur toutes les finesses du diagnostic gynécologique, il ne provoque jamais d'accidents ni graves ni mortels et qu'il ne faut que de la persistance de la part du médecin et de la malade pour mener à bien une cure qui au début peut paraître difficile, mais qui conduit, sinon à la disparition définitive de la tumeur, au moins au soulagement complet de la malade et au rétablissement de son état général (1). On ne saurait certes en dire autant de l'intervention chirurgicale, qui dans les meilleures mains et dans les cas qui paraissent les plus favorables est quelquefois mortelle par suite d'accidents inattendus.

Technique du traitement électrique. — La méthode des courants continus à hautes intensités est jusqu'aujourd'hui la seule dont les bons résultats sur les fibro-myômes soient incontestables ; c'est donc sur elle que je m'étendrai surtout.

Elle comprend deux genres d'opérations : la galvanocaustique chimique, la galvano-puncture. Toutes les fois

(1) Voir observation 13.

que l'électrode peut pénétrer dans la cavité utérine, qu'il s'agisse de fibromes sous-muqueux ou intra-muraux, on aura recours à la galvanocaustique chimique.

Dans les cas où, après des tentatives répétées et douces, on a constaté l'impossibilité absolue de passer soit l'hystéromètre en platine, soit la sonde flexible de B. Massey, il faut employer la galvano-puncture; on l'emploiera également dans les cas de fibromes sous-péritonéaux situés assez près du vagin pour être accessibles par une ponction de 2 à 3 centimètres de profondeur et lorsqu'ils sont trop loin de la cavité utérine pour qu'on puisse faire utilement passer le courant par cette voie. Cette circonstance se rencontre, en réalité, assez rarement, car sur quatre ou cinq cas de fibromes sous-péritonéaux que j'ai eus à soigner, cela ne s'est présenté qu'une fois pour un fibrome situé dans le bas du ligament large.

Comment doit-on appliquer la galvanocaustique chimique ?

Lorsque le fibrome n'est pas accompagné de ménorrhagies ou de métrorrhagies, qu'il provoque seulement de la gêne ou des douleurs, on reliera l'électrode de platine, introduite aussi loin que possible dans la cavité utérine et isolée même dans son trajet dans le col, au pôle négatif de la pile à courant continu. L'électrode inactive sera placée sur le ventre entre le pubis et l'ombilic si on a affaire à un fibrome antérieur, sur la région sacrée si le fibrome est postérieur, sur la région latérale de l'abdomen intéressée s'il s'agit d'un fibrome du ligament large. L'électrode inactive devra être assez large pour recouvrir dans toute son étendue le fibrome et le dépasser de 5 à 6 centimètres de tous côtés. Il est donc bon d'avoir des plaques de différentes grandeurs, sauf dans les cas où on emploie l'ouate imprégnée de gélose. Il suffit alors de donner au gâteau d'ouate l'étendue nécessaire et de fixer une plaque de zinc de 20 centimètres sur 15 au milieu. D'une façon générale, plus l'électrode inactive est étendue, moins la séance est douloureuse; il faut donc lui

donner les plus grandes dimensions possibles lorsqu'on veut employer de hautes intensités.

Quelle doit être l'intensité employée? Avec les fibromes non hémorrhagiques la tolérance des malades est en général assez grande et on peut facilement arriver à 100 et 150 milliampères. Mais il faut toujours monter progressivement, couple par couple, et n'appliquer que la dose tolérable par la malade.

La durée de la séance pour une intensité de 100 à 150 milliampères sera de cinq minutes. Si la malade ne peut tolérer qu'une dose moindre, on peut allonger la durée de la séance et la faire de dix à douze minutes. Cela n'a pas tout à fait le même effet, car l'action du courant électrique est égale au carré de l'intensité employée. Mais on gagne tout de même un peu de bénéfice avec les intensités faibles, c'est-à-dire oscillant entre 70 et 80 milliampères, en faisant les séances plus longues. Toutefois il ne faut pas dépasser quinze minutes, sous peine de fatiguer sans profit la malade.

Lorsque les fibromes sont accompagnés de ménorrhagies ou de métrorrhagies tenant à l'endométrite, il faut employer la galvanocaustique chimique positive, c'est-à-dire que l'électrode utérine sera reliée au pôle positif. Ici deux méthodes donnent de bons résultats : on peut ou pratiquer simplement la galvanocaustique chimique positive avec l'électrode de platine ou l'électrode de charbon, ou employer les électrodes de fer qui attaquées par le courant donnent de l'oxychlorure de fer, agissant comme hémostatique et antiseptique. Dans les cas où la cavité utérine est très dilatée, où l'orifice externe du col se laisse facilement franchir, on peut substituer avec avantage aux électrodes de platine ou de fer les électrodes de charbon de gros diamètre qu'on promènera pendant la durée de la séance sur les diverses portions de la muqueuse utérine. Quelle que soit l'électrode employée, on l'introduira avec toutes les précautions que j'ai exposées à la technique générale. L'électrode inactive sera appliquée comme précédemment, selon la localisation du fibrome.

L'intensité employée dépend de diverses indications; s'il y a seulement congestion péri-utérine ou hémorrhagie par stase dans les vaisseaux périphériques aux fibromes, des intensités de 90 à 120 milliampères sont en général très suffisantes. Si la tolérance de la malade ne permet pas de monter aussi haut, on peut se contenter de 50 à 60 milliampères ; cela suffit souvent pour assurer l'hémostase, à condition de prolonger un peu plus la séance. Mais il vaut mieux, dans ces cas, recourir à la faradisation avec la bobine à gros fil, car avec les petites intensités j'ai vu l'hémorrhagie provoquée par des séances de 50 milliampères, tandis qu'une application de courant faradique arrêtait instantanément l'écoulement du sang. C'est dans ces cas aussi que les méthodes de MM. Danion et Lucas-Championnière et les courants alternatifs sinusoïdaux réussissent. Lorsqu'il existe de l'endométrite il faut employer les hautes intensités, quitte à recourir au besoin à l'anesthésie, car il est nécessaire dans ces cas d'amener l'escharification de la muqueuse, de faire en un mot un véritable curettage électrique. C'est donc à 150 et même à 200 et 250 milliampères qu'il faut savoir monter dans ces cas, *à la condition expresse que la périphérie utérine soit saine.*

La durée de la séance sera de cinq minutes et les séances ne seront répétées que tous les huit ou dix jours.

Avec les intensités moindres et ne dépassant pas 100 milliampères la muqueuse n'est pas détruite et il faut en général, pour amener l'hémostase, deux ou trois séances qui seront répétées à deux jours d'intervalle jusqu'à arrêt complet de l'écoulement sanguin.

Les hémorrhagies persistantes survenant dans l'intervalle des règles sont toujours en rapport avec des fibromes sous-muqueux avec endométrite fongueuse et le plus souvent grande dilatation de la cavité utérine. Aussi, est-ce dans cette variété qu'on a le plus souvent l'occasion d'employer les électrodes de charbon. Voici comment il faut s'en servir :

L'instrument une fois aseptisé par un séjour dans une

solution antiseptique, on le pousse aussi loin que possible vers le fond de la cavité utérine.

L'électrode active en place ainsi que l'électrode inactive sur le ventre, on fait passer graduellement toute l'intensité de courant supportable par la malade ; et on juge à chacune des séances suivantes de l'intensité à atteindre par l'effet produit par les séances précédentes.

Le premier point ayant été cautérisé, on retire le charbon d'une longueur égale à son grand diamètre et on cautérise à nouveau aussi jusqu'à ce qu'on ait atteint la partie inférieure de la cavité utérine.

Il faut, autant que possible, cautériser toute la cavité utérine en une seule séance, en laissant le charbon à la même place pendant trois à cinq minutes, suivant la gravité du cas et l'étendue de la cavité utérine.

Dans les séances ultérieures l'intensité du courant sera proportionnée aux résultats acquis pendant les séances précédentes, augmentée si l'escharification est incomplète, diminuée si la muqueuse est suffisamment desquamée.

Le désavantage des électrodes de charbon dans beaucoup de cas est leur rigidité. Cette difficulté peut être tournée avec les électrodes bulbeuses de Franklin Martin et Bukmaster. Elles se composent d'une bougie flexible de substance isolée traversée par un fil de platine dont les tours constituent la surface active de l'extrémité.

Dans l'électrode de Martin, qui est aussi flexible, l'étendue exacte de la surface cautérisante est calculée en centimètres carrés, de façon à pouvoir utiliser un minimum de 25 milliampères par centimètre carré, intensité nécessaire pour produire une cautérisation. Ces électrodes complexes présentent de nombreux points pouvant servir d'arête aux matières organiques en putréfaction, aussi ne peuvent-elles être stérilisées que par l'ébullition. Leur flexibilité les rend très utiles dans un certain nombre de cas.

Une importante raison qui milite en faveur de l'emploi de sondes de grand diamètre dans les cavités très étendues de

ces utérus à fibromes hémorrhagiques, est qu'elles ne peuvent blesser les surfaces comme le font les sondes de petit diamètre qui ouvrent ainsi la porte à l'infection. Les grosses électrodes de fer donnent aussi dans ces cas de bons résultats, à cause du dépôt d'oxychlorure qui se fait dans la muqueuse malade.

Le repos après la séance est absolument nécessaire dans les cas de fibrome hémorrhagique; les malades doivent garder le lit au moins vingt-quatre heures après chaque séance. Dans les autres variétés, un repos de trois à six heures sur une chaise longue ou sur un lit est suffisant.

Passons maintenant à la technique de la galvano-puncture. On se sert pour pratiquer la ponction de l'extrémité acérée de l'hystéromètre en platine modèle Apostoli, isolée avec son manchon de celluloïde jusqu'au point où il pénètre dans les tissus. Mais cet instrument a le désavantage de produire une cautérisation énergique des tissus sains qu'il traverse, et l'eschare en se détachant dans un milieu difficilement aseptisable peut laisser une porte ouverte à l'infection. On peut y substituer avec avantage les aiguilles de Betton Massey dont la tête pyramidale très acérée pénètre facilement dans le tissu des fibromes durs. Cette aiguille est isolée jusqu'à 2 ou 3 centimètres de sa pointe. On peut, si on n'en a pas à sa disposition, obtenir un résultat identique en enduisant l'hystéromètre en platine d'Apostoli d'une couche de vernis à la gomme laque remontant jusqu'à la hauteur voulue. Ce procédé a même l'avantage de permettre une désinfection parfaite de l'instrument; en le lavant à l'alcool après qu'il a servi, pour le débarrasser du vernis, on peut ensuite le stériliser soit à l'étuve, soit à la flamme.

Quelle que soit l'aiguille employée, la première précaution est de bien déterminer le siège de la tumeur ainsi que ses rapports avec les organes du voisinage. La malade sera placée sur une table plutôt que sur un matelas. Une fois le point à ponctionner bien déterminé, avec l'extrémité du doigt, l'aiguille est conduite sur celui-ci jusqu'au contact de la paroi

vaginale. On choisit pour ponctionner la partie la plus saillante de la tumeur et on enfonce l'aiguille pendant qu'un aide fait la contre-pression sur l'abdomen.

Autant que possible, il vaut mieux traverser le tissu utérin pour arriver jusqu'à la tumeur, parce que la ponction est ainsi moins douloureuse. Mais si la tumeur est grosse et n'a que des rapports éloignés avec l'utérus, il ne faut pas craindre de ponctionner la paroi vaginale et même le péritoine, à condition d'être sûr de l'asepsie absolue du vagin et de l'instrument et d'éviter la vessie et le rectum ou l'intestin. L'aiguille devra être poussée jusqu'à ce qu'on soit sûr que toute son extrémité active a pénétré dans la tumeur. Cela demande une grande habitude et je ne recommande pas cette opération aux débutants.

Il ne faut pratiquer la galvano-puncture que tous les douze ou quinze jours, de façon à éviter l'accumulation des produits de cautérisation qui deviendraient une cause de fièvre et d'infection.

La ponction doit être superficielle et ne pas pénétrer dans la tumeur de plus d'un centimètre, de façon à ne pas causer de mortification interne et de permettre toujours l'application d'un traitement antiseptique.

La perforation de la vessie et celle du rectum avec formation consécutive de fistules sont les accidents les plus à craindre ; aussi faut-il, pour les éviter :

1° Ne jamais ponctionner dans le cul-de-sac antérieur. Ponctionner seulement dans le cul-de-sac postérieur ou les latéraux ;

2° N'employer que des trocarts de petit diamètre ;

3° Ne jamais se servir du spéculum pour pratiquer la ponction et toujours explorer attentivement, avant d'opérer, le point choisi pour la ponction ;

4° Ponctionner le plus près possible du corps de l'utérus, bien qu'en dehors de lui et en suivant la direction de son axe.

La ponction étant faite, le trocart sera relié au pôle néga-

tif. Gautier préfère le positif et dit n'avoir que de bons résultats. Mais je crois avec Apostoli et Tripier que dans ces cas mieux vaut avoir une eschare molle qu'une eschare sèche et, pour ne pas multiplier les ponctions, obtenir le maximum d'effet du courant. Pour cela il faut employer comme pôle actif le négatif.

L'intensité sera, comme avec la galvanocaustique chimique, subordonnée à la tolérance de la malade, mais il faut autant que possible monter jusqu'à 150 milliampères et même 200, quitte à recourir à l'anesthésie. Il faut donc être bien sûr de l'intégrité des annexes avant d'employer la galvano-puncture. Les essais électriques que j'ai indiqués et l'examen sous chloroforme sont de rigueur avec de tenter l'opération.

La durée de la cautérisation ne doit pas excéder cinq minutes et même, à 200 milliampères, trois minutes suffisent.

La galvano-puncture ne doit être pratiquée que dans un endroit où il soit possible de remettre, aussitôt après la séance, la made dans son lit. Elle devra rester au repos absolu pendant vingt-quatre heures et même plus si on s'est servi d'un courant puissant. Il y a presque toujours après la galvano-puncture une légère réaction fébrile ; mais bien faite, elle ne détermine pas de phénomènes inflammatoires proprement dits.

Après la galvano-puncture le vagin doit être largement lavé au sublimé, puis bourré de gaze iodoformée ou salolée de façon à éviter toute chance de contamination de la plaie opératoire. Les injections et le pansement seront renouvelés les jours suivants.

Quelle doit être la fréquence des interventions ?

Si on a affaire à une tumeur de gros volume, deux galvano-punctures devront être pratiquées dans l'intervalle des époques menstruelles. Si le fibrome est petit, une seule galvano-puncture par mois suffit.

Avec la galvanocaustique chimique pour les fibromes non

hémorrhagiques on pourra faire deux séances par semaine. Lorsqu'il y a endométrite une séance tous les huit ou dix jours sera suffisante, car il faut laisser à l'eschare le temps de se détacher. Dans l'intervalle des séances on assurera l'antisepsie du vagin par des injections vaginales au sublimé, et au besoin par un pansement occlusif.

Un mot maintenant de l'intolérance électrique qui donne lieu à certaines indications particulières.

Lorsque la malade souffre violemment pour une intensité de 50 milliampères et que le soir elle présente une réaction fébrile bien nette, c'est-à-dire un frisson avec une température de 38°,5 à 39°, c'est, je l'ai déjà dit, qu'il existe une lésion kystique ou suppurée des annexes, et par conséquent il faut renoncer au traitement électrique.

Mais la douleur peut être aussi d'origine hystérique ou neurasthénique, ou tenir à la présence de quelques exsudats péri-utérins anciens dans lesquels toute trace d'inflammation a disparu. Dans les deux premiers cas il suffit de quelques séances de faradisation utéro-abdominale ou vagino-abdominale avec la bobine de fil fin pour faire disparaître l'intolérance aux courants continus de haute intensité.

Si ce sont des exsudats qui sont la cause du désordre, la faradisation avec la bobine à gros fil sera employée avec succès, mais il faudra dans ces cas toujours augmenter l'intensité avec prudence et se tenir entre 100 et 150 milliampères, sous peine de provoquer des accidents du côté du péritoine.

Telles sont les règles sur lesquelles est basé l'emploi des hautes intensités. Elles sont pour la plupart dues à Apostoli et il faut bien reconnaître qu'elles sont marquées au coin d'une longue et sagace expérience que la chirurgie confirme chaque jour.

Pour la méthode de MM. Danion et Lucas-Championnière il n'est pas d'indication de pôles spéciale, puisque le courant est plusieurs fois renversé pendant la séance. L'un des

pôles est composé d'une tige isolante en ébène traversée par une tige métallique se terminant en pince. Dans cette pince on fixe un morceau d'amadou humecté d'eau salée ou d'eau chaude. L'autre pôle est appliqué sur le ventre, il est représenté par plusieurs doubles de tarlatane enveloppant un gâteau de terre glaise analogue à celui dont se sert M. Apostoli et portant une plaque métallique où on fixe l'autre pôle de la pile. Les séances sont de cinq minutes. L'intensité employée varie de 60 à 80 milliampères, et plusieurs fois pendant la séance on ramène le collecteur à zéro, on change la direction du courant à l'aide du renverseur et on le fait passer en sens inverse avec une intensité égale.

La méthode des alternances rythmiques est à peu près analogue. L'électrode active est composée d'une tige isolée munie d'un bouton de métal qu'on introduit dans le col utérin. L'électrode inactive est une plaque de zinc recouverte de peau de chamois ; les alternances sont faites toutes les dix ou quinze secondes avec choc. On ne peut par conséquent employer que de petites intensités de 25 à 30 milliampères. Les séances sont de cinq à dix minutes.

La cataphorèse à l'iodure de potassium peut se faire à l'aide de la disposition que j'ai mentionnée au chapitre relatif à la technique générale. Les séances seront courtes, trois à quatre minutes au plus, car elles sont plus douloureuses que celles de galvanocaustique chimique, et les malades devront ensuite se reposer pendant deux ou trois heures.

I. — Fibromes non hémorrhagiques traités par la galvanocaustique chimique négative

Obs. 1. — B. R..., 44 ans, couturière, entre le 9 août 1890 à la Maternité (service de M. Labadie-Lagrave). Elle a été réglée à 14 ans et toujours abondamment, mais ses règles étaient régulières. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ni personnels, si ce n'est une fausse couche il y a dix ans, à la suite de laquelle la malade est restée couchée pendant six semaines pour des métrorrhagies abondantes.

Quelque temps après son avortement elle a eu plusieurs accès de coliques hépatiques avec poussées d'ictère. Depuis deux ans elle présente des métrorrhagies continues.

A la palpation, l'utérus paraît volumineux. Au toucher, on sent un petit fibrome de la paroi postérieure, le reste de l'utérus semble légèrement augmenté de volume. Le cathétérisme accuse 7 centimètres et demi de cavité utérine. La malade perd abondamment. Après chaque examen on est obligé de la tamponner. La muqueuse est fongueuse.

9 septembre. Première galvanocaustique chimique positive à 60 milliampères pendant quatre minutes. La malade ne présentant aucune réaction, l'intensité est augmentée aux séances suivantes jusqu'à 120 milliampères. Les séances ont lieu trois fois par semaine. La malade ne perdant plus depuis la troisième séance, sort le 14 septembre.

Du 7 au 19 octobre, deux nouvelles galvanocaustiques chimiques négatives positives. Le 21 octobre, première galvanocaustique à 40 milliampères, pendant cinq minutes. Le ventre de la malade a notablement diminué de volume ; son état général est meilleur. Plus de douleurs ni de malaises. La malade n'étant pas venue pendant un mois, ses règles au commencement de décembre sont assez abondantes, et comme elles n'ont pas cessé le septième jour, galvanocaustique chimique positive, 120 milliampères cinq minutes. Le 16 décembre, les pertes ayant cessé complètement, les galvanocaustiques chimiques négatives sont reprises et continuées régulièrement deux fois par semaine jusqu'au mois de mars. A ce moment l'examen montre l'utérus diminué de volume, on ne sent plus le petit fibrome postérieur, même par le toucher combiné à l'hystérométrie. La cavité utérine mesure 6 centimètres.

J'ai revu cette malade au mois de décembre 1893, c'est-à-dire trois ans après. Sa guérison s'est maintenue et l'état local est demeuré satisfaisant.

Obs. 2. — Mme P..., couturière, âgée de 37 ans, vient le 9 août 1890 à la consultation de la Maternité (service de M. Labadie-Lagrave).

Elle est grande, brune, mince, d'apparence robuste. Depuis quelques mois cependant elle dit qu'elle est devenue très nerveuse et ressent une pesanteur gênante dans le ventre. Les selles sont difficiles et rares. La malade urine bien ; pas de troubles des règles.

Le toucher et le palper combinés révèlent sur le côté gauche de la matrice la présence d'un fibrome de la grosseur d'une prune environ.

9 août. Première séance de galvanocaustique chimique positive, 100 milliampères cinq minutes. Les séances sont continuées le 13 et tous les huit jours suivants ; la malade les supporte bien. Le 13 septembre, la galvanocaustique chimique négative est substitué à la positive, l'électrode neutre placée sur la région sacrée, le fibrome se trouvant légèrement en arrière de la cavité utérine.

Après trois séances, la malade accuse un mieux-être très appréciable, l'état nerveux est moins accentué. Les séances sont continuées régulièrement jusqu'au 27 septembre. A ce moment la tumeur a très nettement diminué de volume. Sa consistance a diminué ; au début, très dure et nettement fibreuse, elle est aujourd'hui plus molle.

Le traitement est continué jusqu'au mois d'avril.

A cette époque le traitement est cessé ; il n'y avait plus trace de la tumeur. Le traitement complet comprend trente-cinq séances.

Je n'ai pas revu cette malade depuis.

Obs. 3. — B..., 31 ans, concierge, vient le 30 septembre à la consultation de la Maternité (service de M. Labadie-Lagrave).

Grande, mais mince et assez pâle, la malade a l'aspect triste. Cependant elle n'a jamais été malade. Elle a eu deux enfants : une fille il y a huit ans, venue à 7 mois et qui n'a pas vécu ; un fils il y a cinq ans, actuellement bien portant. *Sa mère est également atteinte de fibrome.*

La malade a eu avant la seconde grossesse des boutons sur le corps ; pendant tout le temps qu'elle a porté, elle a pris du sirop de Gibert. Elle n'a pas pu nourrir son enfant. Actuellement elle ne porte aucune trace de syphilis. Ce mois-ci, après un retard de deux jours, perte violente et douleurs dans le ventre.

L'examen révèle la présence de deux petits fibromes de la paroi antérieure de l'utérus. La cavité utérine est anfractueuse ; le cathétérisme, difficile, est cependant possible.

30 septembre. Galvanocaustique chimique positive intra-utérine, 150 milliampères cinq minutes. Les séances sont continuées trois fois par semaine ; l'hémorrhagie s'arrête le 13 octobre.

21 octobre. L'écoulement de sang ne s'est pas reproduit. Il y a

une amélioration très grande dans l'état de la malade, qui se plaint de souffrir de gastralgie. Elle a eu déjà une crise semblable il y a quelques années.

Le 24. Galvanocaustique positive intra-utérine, 105 milliampères. Le sang n'a pas reparu. La malade a encore sa gastralgie. Constipation opiniâtre et fréquentes envies d'uriner. L'utérus, toujours volumineux, est plus pâle.

Le 30. La gastralgie est très améliorée par un traitement approprié. L'utérus commence à se rétracter, la cavité utérine, qui mesurait au début 8 centimètres et demi, n'a plus que 7 centimètres. Galvanocaustique positive, 150 milliampères cinq minutes.

4 novembre. L'amélioration se maintient, les pertes ne se sont pas reproduites. La physionomie est plus animée ; l'état général meilleur, la gastralgie presque disparue.

Le 8. Le bon état se maintient. Galvanocaustique chimique intra-utérine, positive, 150 milliampères cinq minutes.

Le 20. Les règles, survenues la semaine précédente, ont duré cinq jours. Elles ont été normales comme abondance. L'un des fibromes qui remontait jusqu'au niveau de l'ombilic est à 4 centimètres au-dessous. Le second est également moins volumineux. La cavité utérine mesure 8 centimètres. Galvanocaustique chimique intra-utérine négative, 100 milliampères cinq minutes.

2 décembre. Il y a encore quelques douleurs de reins et un léger état nauséeux. Le traitement galvanocaustique négatif est continué.

Le 29. Les règles, un peu abondantes, ont duré quatre jours. Le traitement est continué par séances hebdomadaires.

17 février. Les deux tumeurs ont presque entièrement disparu. Traitement continué.

20 mars. La guérison est complète. L'utérus est normal, sa cavité mesure 6 centimètres. L'état général est bon. La malade n'a plus ni douleurs ni constipation.

Je l'ai revue au mois de mai 1893. Elle présentait alors un peu de prurit vulvaire qui a rapidement cédé à des applications locales de salol et antipyrine. Les deux fibromes n'ont plus reparu.

Obs. 3. — Mme X..., infirmière, 34 ans.

Bonne santé antérieure. N'a pas eu d'enfants.

Elle souffre depuis environ trois mois de douleurs de reins et de difficulté d'uriner.

L'utérus est volumineux. Le cathétérisme combiné au toucher vaginal montre l'existence d'un fibrome de la paroi antérieure de l'utérus qui remonte à deux travers de doigt environ au-dessus du pubis. Utérus 8 centimètres. Du 27 décembre au 23 février, dix séances de galvanocaustique chimique intra-utérine, négative.

A cette époque, le fibrome a presque complètement disparu, le traitement est cessé, la malade quittant la Maternité pour aller reprendre son service.

Je la revois le 13 mars, l'amélioration se maintient. La cavité utérine mesure actuellement 6 centimètres.

La malade n'est plus revenue. Je l'ai revue en 1892. La guérison s'était maintenue.

Obs. 4. — Mme V..., 41 ans, sans profession. Vient le 21 décembre à la consultation de la Maternité (service de M. Labadie-Lagrave).

A généralement joui d'une bonne santé, sauf quelques attaques de goutte et plusieurs bronchites. Son père a eu des attaques de goutte. Sa mère était asthmatique.

Réglée à 15 ans, elle a eu ses règles normales. Elle a eu deux enfants à trois ans d'intervalle. Les accouchements se sont bien passés. Le second a été un peu long.

Actuellement la malade éprouve des douleurs de reins assez vives et souffre d'une constipation opiniâtre. Les règles sont normales mais un peu douloureuses au début. L'examen révèle la présence d'un fibrome enclavé dans le petit bassin, de la grosseur d'une tête de fœtus de six mois. Le col est dur, fibromateux, l'orifice supérieur rétréci laisse difficilement passer la sonde qu'il faut abaisser considérablement vers le rectum pour pouvoir pénétrer. Le col est refoulé en haut et en arrière. La cavité utérine mesure 7 centimètres.

21 septembre. Galvanocaustique chimique intra-utérine positive avec l'électrode de charbon, 100 milliampères cinq minutes.

Le 23. Même traitement.

Le 27. La malade va assez bien. Elle accuse des douleurs assez vives dans le dos. Galvanocaustique chimique intra-utérine négative, 105 milliampères cinq minutes.

7 octobre. La malade va bien. Elle a présenté quelques coli-

ques avec diarrhée la semaine précédente. Les règles, survenues au même moment ont eu leur durée normale trois jours. Le traitement est continué deux fois par semaine.

7 novembre. La malade se sent bien. Elle a eu quelques coliques accompagnées de diarrhée. Les règles, survenues la semaine dernière, ont eu leur durée normale. Les galvanocaustiques chimiques négatives sont continuées : 100 milliampères cinq minutes.

6 décembre. Amélioration notable ; la malade se félicite de son agilité ; elle est redevenue presque aussi ingambe qu'avant d'être malade. L'aspect général est meilleur, l'appétit bon. La malade, qui avait beaucoup maigri, reprend un peu d'embonpoint.

Le traitement est continué.

17 mars. La malade va bien. Le fibrome a diminué de plus de moitié de son volume.

Cette malade n'est plus revenue.

Obs. 5. — B..., 29 ans, brocheuse. Constitution forte. Tempérament sanguin. Vient le 20 août 1892 à la consultation de la Maternité. Rien dans les antécédents héréditaires. Elle a eu deux enfants à deux ans d'intervalle. Ils sont bien portants.

Depuis deux ans la malade a commencé à souffrir de douleurs et de pesanteurs dans le ventre. Au mois d'avril et de mai, pertes abondantes.

A l'examen on sent un col gros, sans ulcérations. Le toucher combiné au palper révèle un fibrome de la paroi antérieure de l'utérus faisant corps avec lui. L'hystéromètre pénètre à une profondeur de 7 centimètres et demi. On sent au niveau de l'orifice interne une bosse rugueuse qu'on peut assez facilement contourner. Douleurs abdominales assez vives s'irradiant dans la jambe gauche. Pas de symptômes nerveux.

Électrisation positive, 105 milliampères cinq minutes.

25 septembre. Dixième séance. Le fibrome a notablement diminué. La paroi abdominale qui était tendue est maintenant plus souple, flasque. La cavité utérine encore agrandie mesure 7 centimètres. Électrisation positive, 120 milliampères cinq minutes.

18 octobre. La malade a continué régulièrement son traitement, les règles sont encore abondantes, mais il n'y a plus de pertes. Le 12 et le 17 novembre, elle présente quelques douleurs dans le ventre. Électrisations négatives intra-utérines, 80 milliampères, cinq minutes.

23 novembre. Règles cette semaine, normales. Les douleurs dans le ventre ont diminué. L'utérus est moins volumineux, plus mobile.

28 janvier. Les électrisations négatives intra-utérines ont été continuées régulièrement, deux fois par semaine; la malade va beaucoup mieux. Le corps de l'utérus est encore diminué. Cavité utérine, 6 centimètres et demi. Le traitement est continué.

11 février. La malade n'est pas venue ce mois-ci à cause d'une bronchite. Son bon état local se maintient. Électrisation intra-utérine négative, 80 milliampères cinq minutes.

14 mars. Ce mois-ci la malade a encore interrompu son traitement pour soigner ses enfants malades de la grippe. Malgré cela elle va bien. Reprise des séances d'électrisation intra-utérine négative.

20 mai. La malade est tout à fait guérie. Cavité utérine, 6 centimètres, utérus mobile encore un peu volumineux, plus de pertes.

Je l'ai revue au mois d'octobre, le bon état s'est maintenu.

Obs. 6. — Anna Th.., 51 ans, journalière, venue à la Maternité le 20 août 1890.

Réglée à l'âge de 13 ans, toujours abondamment. N'a jamais eu de pertes blanches. Mariée à l'âge de 34 ans, elle a fait une fausse couche d'environ trois mois.

Depuis deux ans elle a des métrorrhagies continuelles accompagnées, depuis un an, de douleurs dans les lombes et le petit bassin. Il y a dix ans, elle a eu un abcès froid dans le pli de l'aine gauche. La cicatrice se voit encore aujourd'hui.

A l'examen, on trouve un fibrome antérieur de la grosseur d'une orange. L'utérus est rejeté en arrière. Le col est en arrière et à gauche. On sent au-dessus de l'orifice interne la saillie du fibrome qui gêne le passage de l'hystéromètre. La cavité utérine mesure 7 centimètres et demi. Électrisations positives, 100 milliampères cinq minutes.

18 septembre. Il y a eu jusqu'ici cinq séances d'électrisation. De temps en temps la malade se plaint encore de douleurs de reins. Aujourd'hui, légère perte de sang, pas d'électrisation.

Le 25. La malade continue à perdre abondamment. Électrisation positive, 150 milliampères cinq minutes.

Le 27. La perte a diminué. Même traitement.

Le 30. Il n'y a presque plus d'écoulement sanguin. Électrisation intra-utérine positive, 120 milliampères cinq minutes. La cavité intra-utérine ne mesure plus que 7 centimètres.

7 octobre. La perte est complètement arrêtée depuis le 1er. Même traitement.

Le 16. Première électrisation intra-utérine négative, 100 milliampères cinq minutes. Le volume du fibrome a notablement diminué.

8 novembre. Les séances ont été continuées pendant tout le mois d'octobre; l'amélioration est telle que la malade sort de l'hôpital. Elle revient à la consultation pour continuer son traitement.

Le 27. La malade nous dit qu'elle a rendu un fragment de tumeur d'environ une demi-livre avec un peu de sang. Comme il y a encore un léger écoulement, électrisation positive, 100 milliampères cinq minutes. L'utérus a encore beaucoup diminué, on ne sent plus la saillie du fibrome à l'intérieur.

31 janvier. Depuis le 27 novembre, six séances de galvanocaustique chimique positive. La malade nous dit avoir encore éliminé plusieurs gros fragments de sa tumeur.

13 février. Les galvanocaustiques chimiques ont été pratiquées deux fois. La malade a encore rendu à la suite quelques petits fragments de sa tumeur.

12 mars. La malade ne rend plus de fragments de tumeur depuis le 13 février. Elle n'est plus revenue nous voir.

Les six observations dont je viens de donner le résumé sont très intéressantes en ceci qu'elles nous montrent l'action puissante de la galvanocaustique chimique intra-utérine négative sur les fibromes de moyen volume. Dans la dernière, où il s'agissait évidemment d'un fibrome sous-muqueux largement pédiculé et formant une sorte de polype, j'ai obtenu, sans la chercher tout d'abord, l'élimination par nécrose. Peut-être eût-on pu plus rapidement enlever ce fibrome avec l'anse galvanique. Cependant l'exploration faite avec la sonde révélait une surface d'implantation assez large, et je crois qu'il a été plus prudent d'agir en ce cas comme je l'ai fait.

Un second point intéressant à noter c'est que la nécrose a lieu sans réaction inflammatoire, sans suppuration. A peine un peu d'écoulement sanguin accompagnant la chute des parties nécrosées. Je crois qu'on obtiendrait aussi ce résultat avec la galvanocaustique thermique.

Dans une seconde série je vais donner le résumé d'observations destinées à établir l'effet des courants de haute intensité sur les hémorrhagies. Ici les phénomènes de diminution des tumeurs seront moins prononcés, parce que c'est de la galvanocaustique chimique positive que je me suis servi.

II. — FIBROMES HÉMORRHAGIQUES TRAITÉS PAR LA GALVANOCAUSTIQUE CHIMIQUE POSITIVE

OBS. 7. — *Fibrome postérieur, dur, volumineux. Métrorrhagies. Guérison.*

Marie A..., 36 ans, cartonnière.

Réglée à 12 ans, la malade n'a pas souffert à ce moment; ses règles étaient régulières, non douloureuses.

Sa mère est souffrante depuis la naissance de sa fille.

Elle a un gros ventre, mais la malade ne sait pas si elle a une tumeur. Elle a eu un rhumatisme dix ans après la naissance de sa fille.

Sœurs non malades du côté de l'utérus. Frères bien portants.

Père bien portant, a eu des rhumatismes pendant qu'il était militaire, avant la naissance de la malade.

Celle-ci est, depuis deux ans, sujette à des névralgies très douloureuses. Elle a maigri d'environ 30 livres.

Mariée à 20 ans, elle a commencé dès ce moment à souffrir du ventre. Elle n'a eu ni enfants ni fausses couches; cependant, il y a sept ans, elle a été soignée à l'hôpital de la Pitié pour une métrite. Elle est restée quinze jours dans le service, puis est venue se faire soigner à la consultation pendant deux mois. Elle s'est alors trouvée très améliorée et est demeurée ainsi jusqu'à l'apparition des premiers symptômes de la maladie actuelle qui débuta, il y a trois mois, par des douleurs dans le ventre, le pli

de l'aine et les reins. Les règles sont devenues plus longues, plus abondantes et douloureuses.

Actuellement, la malade présente deux hernies inguinales. Le ventre est gros. Mais la tumeur ne s'élève pas sensiblement dans la cavité abdominale. Au toucher vaginal, on sent en arrière de l'utérus une tumeur dure du volume d'une tête de fœtus à terme. Elle remplit presque complètement le petit bassin. Elle est immobile, ainsi que l'utérus qui est rejeté en avant. La pression dans la fosse iliaque gauche détermine des douleurs. La cavité utérine n'est pas agrandie. La malade perd du sang en abondance.

8 janvier. Galvanocaustique chimique positive, 150 milliampères cinq minutes.

Même traitement le 15 et le 31 janvier. La malade ne perd plus de sang.

6 et 13 février. L'amélioration se maintient, la tumeur a légèrement diminué de volume.

30 mars. Le traitement a été continué régulièrement tous les huit jours, les règles ont été normales. La tumeur a diminué d'un bon tiers. La malade n'est plus gênée pour s'asseoir ni pour aller à la selle.

30 avril. La malade va toujours bien. Elle n'a plus eu de pertes. La tumeur ne s'est pas sensiblement modifiée depuis le dernier mois. Elle est cependant mobile.

30 juin. La malade n'est plus revenue.

Obs. 8. — *Fibrome volumineux. Hémorrhagies. Arrêt des hémorrhagies par le traitement électrique.*

Mme V..., 66 ans, mère de la malade de l'observation 2. A joui pendant sa jeunesse d'une bonne santé. Vers 40 ans elle a pris une bronchite et depuis ce temps elle s'enrhume facilement. Elle a eu trois enfants, ses couches ont été bonnes.

Réglée à 13 ans, a vu ses règles régulièrement jusqu'à 56 ans. Depuis deux ans elle a été reprise de pertes continuelles et abondantes pour lesquelles elle a suivi sans résultats divers traitements : injections chaudes, injections d'ergotine. Actuellement elle perd encore abondamment. Le ventre est gros, mou ; la paroi abdominale est grasse. L'utérus est volumineux, flasque. Le col est gros, de consistance inégale, largement ouvert. On sent par

le palper et le toucher combinés une tumeur arrondie remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La cavité utérine élargie mesure 9 centimètres.

8 novembre. Électrisation positive avec une grosse électrode de charbon introduite dans la cavité utérine, 150 milliampères cinq minutes.

Le 13. La perte a diminué mais n'est pas complètement terminée. Même traitement.

Le 20. La malade perd encore un peu de sang. Même traitement.

Le 25. La perte est définitivement arrêtée. Électrisation positive, 100 milliampères cinq minutes.

9 décembre. On commence la galvanocaustique chimique négative, 100 milliampères cinq minutes.

Le 16. Même traitement. La tumeur est à cinq travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Le 27. Règles la semaine dernière, assez abondantes mais qui n'ont duré que cinq jours. Galvanocaustique positive, 150 milliampères cinq minutes; la cavité utérine mesure actuellement 7 centimètres et demi, on n'y peut plus introduire qu'un charbon de 4 millimètres de diamètre.

6 janvier. Reprise des galvanocaustiques négatives, 100 milliampères cinq minutes.

1er février. La malade va bien, les règles ont une durée de six jours.

Avril. La malade n'est plus revenue. Elle a succombé pendant le mois de mars à une pneumonie.

OBS. 9. — *Fibrome postérieur. Hémorrhagies. Guérison.*

M. D..., 46 ans, couturière-lingère.

La malade a jusqu'à présent joui d'une bonne santé. Elle a eu deux enfants, un fils et une fille à trois ans de distance. Depuis, pas d'autres enfants ni de fausses couches. Tempérament nerveux.

Depuis trois mois elle a des pertes abondantes au moment de ses règles; ne souffre ni pour marcher ni pour uriner, a cependant une sensation de pesanteur dans le ventre lorsqu'elle est longtemps debout. Un peu de constipation.

L'examen local révèle un utérus assez régulièrement augmenté

de volume ; cependant la paroi postérieure est nettement globuleuse. Le col est volumineux, mou, sans ulcérations. Pas de pertes blanches. La sonde utérine pénètre à 7 centimètres et demi.

Galvanocaustique chimique positive le 11 janvier ; 150 milliampères cinq minutes.

23 janvier. La malade ne perd plus de sang depuis le 16 janvier, date de la deuxième séance. Même traitement.

4 février. Règles le 1er : comme elles sont encore très abondantes et menacent de dégénérer en perte, galvanocaustique chimique positive, 150 milliampères cinq minutes.

Le 14. L'hémorrhagie est arrêtée depuis la précédente séance. Même traitement, une séance par semaine.

7 mars. Règles apparues le 1er encore très abondantes. L'état nerveux de la malade est toujours accentué. Électrisation positive, 150 milliampères cinq minutes.

4 avril. Du 7 mars à ce jour six séances. Les règles sont apparues le 30 mars. Elles sont moins abondantes. La cavité utérine ne mesure plus que 7 centimètres. L'utérus est moins volumineux, moins flasque. Le col a diminué de volume, sa consistance se rapproche de la normale.

Le 31. Depuis le 4, sept séances. L'état nerveux est très amélioré.

6 mai. Les règles apparues le 1er ont été normales comme abondance et comme durée. La cavité utérine ne mesure plus que 6 centimètres et demi.

Le 31. Dix séances pendant le mois ; l'état normal s'améliore de plus en plus.

4 juin. Règles normales. Même traitement.

5 juillet. Les règles ont encore été normales. L'examen révèle un utérus voisin du volume ordinaire. La cavité utérine mesure environ 6 centimètres. L'état général est excellent. Le traitement est cessé.

Obs. 10. — *Double fibrome. Hémorrhagies. Guérison des pertes de sang, disparition presque complète de l'un des fibromes, diminution sensible de l'autre.*

Mme R..., rentière, 46 ans. Tempérament sanguin. Bonne constitution.

La malade a joui jusqu'à présent d'une assez bonne santé. Néanmoins, à l'auscultation du cœur on trouve un bruit de souffle au premier temps à la pointe, très net. La malade est sujette aux palpitations et ne peut sans s'essouffler marcher ou monter les étages.

Elle a eu trois filles; ses couches ont été bonnes et sans accidents consécutifs. Pas de métrite.

Depuis environ deux ans la malade a vu ses règles augmenter de quantité, puis, peu à peu, sont survenues des pesanteurs dans le bassin, de la constipation, et bientôt un certain degré de nervosité.

A l'examen local on trouve deux fibromes de volume inégal : l'un à droite de l'utérus, le plus gros, du volume d'une mandarine environ; l'autre à gauche, comme un gros marron. Tous deux sont assez mobiles. La palpation et la malaxation ne provoquent pas de douleurs.

6 décembre. Première électrisation à 80 milliampères d'intensité.

Chez les malades atteintes d'affection du cœur, je considère comme imprudent de dépasser 100 milliampères, et dans les premières séances surtout il faut aller avec précaution.

Électrode de charbon positive dans la cavité utérine, sur le ventre une large plaque métallique recouverte de feutre et de peau de chamois.

La première séance est bien supportée. Elles sont répétées deux fois par semaine.

Le 29. Règles depuis le 20; elles ont duré six jours, assez abondantes, mais non douloureuses. Reprises des séances avec une intensité de 80 milliampères bien supportée.

6 février. Les règles, apparues le 20 janvier, ont été plus régulières comme abondance et comme durée. Même traitement.

Le 27. Règles normales cette fois-ci. La malade va de mieux en mieux. Les deux fibromes diminuent nettement, surtout celui de droite.

25 mars. Règles encore normales cette fois-ci. Du côté du ventre on ne sent presque plus rien La tumeur du côté droit est diminuée des trois quarts, celle de gauche de moitié. Le traitement est suspendu.

Depuis il n'a pas été repris. J'ai revu la malade au mois de décembre 1892. L'amélioration s'est maintenue.

Obs. 11. — *Petit fibrome du corps de l'utérus. Hémorrhagies. Guérison.*

Marie H..., 23 ans, relieuse. Venue le 22 juin 1892 à la Maternité (service de M. Labadie-Lagrave).

Jusqu'ici bien portante, la malade n'a pas eu d'enfants, ni de fausses couches. Réglée à 14 ans et demi, elle a toujours eu ses règles un peu en avance ; elles duraient quatre à cinq jours. Il y a quatre mois survint une hémorrhagie (dix jours). Depuis ce temps les règles ont toujours augmenté d'abondance et de durée. Pas de leucorrhée actuellement. La malade a un peu perdu en blanc l'an dernier pendant un mois seulement.

Il y a quinze jours les règles ont pris la forme de perte et celle-ci continue encore. La malade souffre beaucoup de douleurs dans le ventre qui s'irradient vers les reins, les aines et les cuisses.

L'examen local révèle une antéflexion très marquée. Le col est dévié à gauche et en arrière, les culs-de-sac vaginaux sont libres et endoloris. Par le toucher et le palper combinés on sent une tumeur dure du volume d'une orange, faisant corps avec le corps utérin. Il est très difficile de faire pénétrer l'électrode de charbon dans la cavité utérine. Aussi pour commencer la malade est mise au repos, on lui prescrit l'hydrastis et on la panse avec des tampons de glycérine.

2 juillet. Les douleurs pelviennes ont disparu. Électrisation positive, 150 milliampères cinq minutes.

Le 4. L'hémorrhagie est arrêtée. Le 16, reprise des séances de galvanocaustique, 120 milliampères cinq minutes.

10 août. La malade étant au moment de ses règles, rentre dans le service de M. Labadie-Lagrave.

Le 17. Les règles n'étant pas arrêtées, galvanocaustique chimique, 120 milliampères cinq minutes.

Le 20. La malade ne perd plus de sang. Un peu d'écoulement blanc, pansements avec des tampons au salol.

Le 24. Galvanocaustique chimique positive, 105 milliampères cinq minutes.

Septembre et octobre. Le traitement a été régulièrement continué deux fois par semaine. Les règles ont été normales.

23 novembre. La malade continue à aller bien. Le col, toujours

petit, est plus facilement accessible. L'utérus, encore en antéversion prononcée, a presque son volume normal.

24 janvier. La malade allant tout à fait bien, le traitement est cessé, le fibrome a diminué des deux tiers.

Obs. 12. — *Petit fibrome postérieur. Hémorrhagies. Guérison.*

Mme G..., 36 ans, employée à la Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée.

A joui d'une bonne santé jusqu'à il y a trois mois. N'a jamais eu d'enfants ni fait de fausses couches. Depuis trois mois ses règles sont devenues plus abondantes et plus longues. Elle souffre de douleurs dans le bas-ventre et dans les reins et de fréquentes envies d'uriner.

A l'examen on trouve le col sensiblement abaissé, assez volumineux ; l'utérus, horizontalement couché dans le bassin, sa paroi postérieure nettement augmentée de volume, porte un fibrome de la grosseur d'un œuf de poule. La cavité utérine est droite, légèrement augmentée de longueur. Elle mesure 7 centimètres.

Galvanocaustique positive intra-utérine, 100 milliampères cinq minutes, le 26 décembre. Séances deux fois par semaine.

17 janvier. La malade a eu ses règles la semaine précédente. Elles se sont bien passées. Même traitement.

23 février. Les règles se sont encore bien passées ce mois-ci. Électrisations négatives, 100 milliampères cinq minutes.

1er avril. Règles normales. La paroi postérieure de l'utérus a beaucoup diminué de volume, la cavité utérine ne mesure plus que 6 centimètres et demi.

Le 20. La malade se sentant bien n'est plus revenue.

Je pourrais joindre à ces observations trente autres qui leur ressemblent. Mais cela est inutile car celles-ci suffisent à montrer l'efficacité du traitement électrique bien appliqué, sur les hémorrhagies. On y voit aussi que c'est surtout lorsque les tumeurs sont de petit volume qu'on en obtient plus facilement la diminution, particulièrement lorsqu'une fois les règles régularisées, on peut employer les galvanocaustiques intra-utérines négatives.

Je vais maintenant donner deux observations dans lesquelles les résultats ont été moins rapides. Ils démontrent seulement qu'il faut savoir quelquefois patienter et ne pas renoncer au traitement s'il ne réussit pas au bout de deux ou trois séances.

OBS, 13. — *Double fibrome. Hémorrhagies tenaces. Amélioration.*

Mme G..., 45 ans, couturière, entre à la salle Cruveilhier, service de M. Labadie-Lagrave, en août 1891.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Elle a eu deux enfants à deux ans d'intervalle, pas de métrite ni de fausses couches. Syphilis il y a environ dix ans. Depuis quatre mois ses règles sont devenues plus abondantes. L'examen révèle la présence de deux fibromes, l'un antérieur, l'autre postérieur, allongé, mesurant environ 3 centimètres d'épaisseur sur 6 de longueur. Le fibrome antérieur est gros comme une orange, il atteint 4 centimètres au-dessus du pubis.

Mardi 19 décembre. Règles qui ont duré sept jours. Le ventre a été très douloureux pendant la durée de l'époque et la malade a dû prendre des lavements laudanisés. Elle perd dans l'intervalle des règles de l'eau roussâtre. Électrisation, 60 milliampères sept minutes.

Le traitement est suspendu au mois de janvier 1892 et repris au mois de mars. Séances de galvanocaustique positive, 100 milliampères cinq minutes, deux fois par semaine.

En avril il est continué régulièrement. Ses règles redeviennent presque normales. Substitution de la galvanocaustique chimique négative à la positive à partir du 14.

1er mai. Règles bien passées à la fin d'avril. Mais la malade est très pâle et très anémiée ; elle présente même un teint jaune paille qui donnerait à redouter une affection maligne si les signes physiques n'étaient si nets. Elle part faire un séjour à Forges-les-Eaux.

12 novembre 1892. La malade en arrivant à Forges-les-Eaux a eu une perte abondante que le médecin a arrêtée avec les injections chaudes et les injections sous-cutanées d'ergotine. Pendant la première quinzaine de son séjour la malade était d'une faiblesse extrême et pouvait à peine marcher. Mais depuis elle s'est sentie

mieux, l'appétit et les forces lui sont revenus. Actuellement (12 novembre) la malade se sent moins affaiblie. Le fibrome a notablement augmenté de volume. Électrisation intra-utérine négative, 100 milliampères cinq minutes.

Le 17. La malade s'est bien trouvée de sa première électrisation, mais comme elle présente encore une certaine tendance à saigner, les galvanocaustiques positives sont reprises.

Le 29. La malade a eu des règles très abondantes. Galvanocaustique intra-utérine positive, 100 milliampères dix minutes.

3 décembre. Depuis qu'elle est revenue, la malade a présenté à plusieurs reprises de l'œdème des pieds, des jambes, des mains et des paupières, qui survient vers le soir et disparaît le matin. Les urines examinées ne contiennent pas d'albumine. Elle continue à perdre un peu d'eau roussâtre dans l'intervalle des séances. Ce liquide n'a pas d'odeur. A l'examen l'utérus paraît enclavé dans le petit bassin. Le col, très repoussé au fond du vagin, regarde en bas et en arrière. La cavité utérine mesure 8 centimètres et demi. L'examen provoque l'écoulement d'une petite quantité de sang. Électrisation positive, 120 milliampères cinq minutes.

Le 13. La malade a ses règles depuis cinq jours. Le sang est bien coloré, l'écoulement assez abondant mais non mélangé de caillots. Galvanocaustique positive, 150 milliampères. Vin de quinquina.

3 janvier 1893. Je tente chez la malade l'électrolyse à l'iodure de potassium avec la solution que j'ai indiquée, une intensité de 75 milliampères et une durée de dix minutes. La séance devient douloureuse après la cinquième minute.

Le 10. Deuxième séance bien supportée.

Le 17. Règles depuis six jours très abondantes, mais sans caillots. Galvanocaustique positive avec l'électrode de fer, 150 milliampères cinq minutes.

Le 21. Le sang n'a pas reparu depuis la dernière électrisation.

Le 24. Électrolyse à l'iodure de potassium.

11 février. Apparition des règles.

Le 16. La malade perdant encore, électrisation avec l'électrode de fer, 150 milliampères cinq minutes.

Le 18. La malade ne perd plus depuis avant-hier. Un peu d'œdème cachectique aux jambes.

Le 25. Électrolyse à l'iodure de potassium.

4 et 9 mars. Électrolyse à l'iodure de potassium.

Le 11. Perte de sang assez abondante.

Le 14. Électrisation avec l'électrode de fer. La malade est très affaiblie; elle a perdu l'appétit.

Le 21. La malade, qui ne perdait plus, a recommencé à perdre hier et ce matin. Même traitement.

Le 24. Plus de sang, mais la malade est très affaiblie.

Le 28. Reprise de l'électrolyse à l'iodure de potassium.

11 avril. Règles depuis quatre jours; la malade perdant beaucoup, électrisation avec l'électrode de fer.

Le 15. La malade ne perd plus. Elle élimine sa muqueuse utérine.

15 mai. Les règles se sont bien passées cette fois-ci. Les deux fibromes ont considérablement diminué de volume, la malade se sent beaucoup mieux. On continue l'électrolyse.

15 juin. Règles qui ont duré six jours. Aujourd'hui, électrisation positive avec l'électrode de fer.

15 juillet. Règles un peu abondantes cette fois. Électrisation avec l'électrode de fer.

La malade part pour la campagne.

15 octobre. La malade va assez bien. Son traitement est continué.

Depuis le mois de décembre elle n'est pas revenue. Je l'ai revue au mois de novembre 1894, l'état local est bon; il y a cependant une certaine tendance à la réapparition de règles abondantes, mais l'état général est beaucoup meilleur et il n'y a plus d'œdème cachectique.

Obs. 14. — *Fibrome antérieur. Hémorrhagies. Guérison.*

Mme C..., 43 ans. Mère morte à la suite de l'ablation d'un polype. Père bien portant.

Bien portante jusqu'en 1869, époque de son mariage, n'a eu qu'une seule couche difficile suivie de péritonite. Il y a environ six ans, rhumatisme articulaire aigu qui a duré six semaines. Il y a quatre ans, métrite suivie de la production d'une bride vaginale qui a occasionné une atrésie vaginale considérable.

19 novembre 1890. Depuis quelque temps a des règles plus fortes que d'habitude. A l'examen on trouve un fibrome de la

paroi antérieure de l'utérus en partie enclavé dans le bassin, très dur, col un peu rejeté en arrière, assez difficilement accessible à cause de la présence de la bride vaginale. Rien d'appréciable aux annexes. Électrisation intra-utérine positive 80, milliampères cinq minutes.

La malade ne supporte pas une intensité plus forte.

Du 19 au 30, six séances.

19 décembre. Les règles sont apparues le 3 décembre, elles ont été très abondantes,

Du 13 au 31, dix séances.

10 janvier 1891. Règles du 2 au 9 janvier encore très abondantes.

Le 30, six séances dans le courant du mois.

2 février. Les règles ont un peu avancé. Elles sont également en avance en mars et en avril. Le traitement est continué à deux séances par semaine, toujours oscillant entre 80 et 90 milliampères. Amélioration pendant les mois de juin et de juillet. Pendant le mois d'août et septembre la malade va à la campagne.

Le traitement n'est repris que le 10 novembre 1892. Le fibrome a grossi, il détermine des phénomènes de compression de la trompe droite. Il existe de ce côté des douleurs qui font craindre à la malade d'être atteinte d'obstruction intestinale. L'état général n'est pas très bon. Il y a une anémie profonde, une grande difficulté de digestion, de la constipation coupée de temps en temps de débâcles. L'état moral de la malade est très mauvais.

18 novembre. Reprise des séances électriques deux fois par semaine.

Le 28. Les séances ont été suspendues pendant les règles qui ont encore été très abondantes et accompagnées de caillots. Le traitement est continué.

16 décembre. Règles survenues au bout de vingt-trois jours, abondantes mais sans caillots. État général un peu meilleur.

9 janvier. Électrisation un peu douloureuse aujourd'hui. Vingt-quatre jours se sont écoulés depuis les dernières règles. La malade est très fatiguée par un gros rhume qui lui coupe l'appétit. Constipée depuis quatre jours, elle a pris une prise de sel de Vichy qui a amené une abondante débâcle.

Le 12. Règles depuis trois jours, normales comme abondance pas de douleurs ni de coliques. La malade est toujours enrhumée

Rien dans la poitrine du côté droit, du côté gauche quelques râles fins humides au sommet.

Le 20. Électrisations reprises : 80 milliampères dix minutes.

13 février. Règles survenues le 6. Durée cinq jours. Abondance moyenne.

Pendant le reste du mois de février la malade va assez bien.

Avril, mai, juin, juillet se passent assez bien. Au mois d'août, à la suite d'une injection d'ammoniaque faite par inadvertance, poussée d'ovarite assez sérieuse. Suspension du traitement pendant les quinze premiers jours de septembre. A ce moment l'état local n'est pas mauvais, mais l'état général de la malade est très défectueux. Moralement, elle est tout à fait démontée.

Au mois d'octobre elle va mieux. Les règles, assez abondantes, ne forment plus perte; faradisation contre les douleurs.

Novembre et décembre. Le bon état se maintient. La malade peut sortir et marcher sans trop de gêne. Elle est encore très anémique. Traitement continué.

Dans cette observation il y a peu de diminution du fibrome, la malade n'ayant jamais pu supporter les hautes intensités, probablement à cause des reliquats de la péritonite ancienne. Mais l'action du courant faradique sur les hémorrhagies a été très nette. Depuis, elle a été prise de symptômes de compression avec menace d'obstruction intestinale, au mois de mai 1894. On s'est décidé à lui pratiquer l'hystérectomie qui a bien réussi. J'ai pu constater après l'opération que l'utérus contenait cinq fibromes variant du volume d'une noix à celui d'un œuf. Des adhérences péritonéales nombreuses rendirent l'extraction difficile et on dut même renoncer à enlever la trompe et l'ovaire droits, fortement adhérents au cæcum. Ces lésions expliquent l'intolérance de la malade aux intensités à 90 milliampères, aussi bien que les troubles digestifs. Le traitement électrique en rétablissant la régularité des règles a permis de faire l'opération dans de meilleures conditions que celles que présentait la malade en 1890.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 juin 1896.

CHARPENTIER. **Sur un cas d'éclampsie puerpérale traitée par l'accouchement forcé.** — Le fait a été communiqué par le Dr Robert (de Pau). En voici le résumé : femme de 36 ans, primipare, à sept mois environ de grossesse. Atteinte d'anasarque depuis déjà deux mois, un médecin avait examiné ses urines, constaté qu'elles étaient albumineuses, mais avait commis la faute de ne pas instituer le régime lacté. Éclosion à 7 mois de grossesse d'accès éclamptiques qui, au nombre de cinq en l'espace d'une heure, avaient suffi à mettre la femme dans un état des plus graves. En raison de cet état, le Dr Robert se décida à intervenir sans plus attendre. La situation obstétricale était : inertie absolue de l'utérus, col ayant sa longueur normale, orifice externe complètement fermé. Fœtus mort, en présentation du sommet. L'intervention pratiquée sous le chloroforme fut complexe : introduction dans le col d'une petite éponge préparée pour permettre la pénétration du doigt, petites incisions multiples sur le pourtour du col, puis, progressivement, dilatation digitale et manuelle des divers orifices, dilatation qui éprouva la plus grande résistance du fait de l'anneau de contraction (anneau de Bandl); deux tentatives sans succès d'extraction par le forceps; enfin, extraction manuelle, *après deux heures et demie de tentatives des plus pénibles.* Délivrance par expression; soins antiseptiques rigoureux; régime lacté. Suites de couches assez bonnes, mais troubles de la miction et constatation de la présence de pus dans les urines.

Malgré le succès ainsi obtenu, le rapporteur n'a pas cru le fait exempt de toute critique. Ses objections peuvent se résumer comme suit : *a*) la relation du cas n'est pas assez complète, quels étaient la température, l'état du pouls au moment de l'intervention? *b*) il n'y avait eu que cinq attaques, et l'on voit souvent les accès éclamptiques qui éclatent bien avant le terme, s'espacer et disparaître sous l'influence du chloral, du chloroforme, de la saignée; *c*) la

mort de l'enfant, l'œuf restant intact comme c'était le cas, constituait une condition plutôt favorable ; *d*) la méthode opératoire a été complexe, pénible, particulièrement longue « *peut-être avec un peu plus de patience, M. Robert se fût-il épargné les angoisses par lesquelles il a passé, aurait-il évité à sa malade les dangers d'une opération qui n'a réussi que parce qu'elle a été pratiquée par un opérateur habile et expérimenté* ».

Dans la communication de M. Robert, il y a une deuxième partie, touchant à l'étiologie de l'éclampsie. L'examen des urines, fait seulement au lendemain de l'accouchement, avait permis de constater : l'absence de la sérine (albumine brightique), une très petite quantité de globuline (albumine des femmes enceintes, des typhiques, des pneumoniques, etc.), et une forte proportion de pus, d'où le diagnostic d'*uréthro-pyélo-cystite suppurée*. Et de ce diagnostic, M. Robert conclut à l'idée que les accès éclamptiques pouvaient être la conséquence, non point de l'albuminurie, mais de la présence du pus dans les urines. Donc, nouvelle théorie de l'éclampsie, savoir : *Manifestation nerveuse de l'infection purulente par résorption d'un pus infectieux dans l'appareil urinaire.*

A cette théorie pathogénique, Charpentier fait les objections suivantes : 1° la femme était nettement albuminurique avant les accès éclamptiques ; 2° on voit souvent la proportion de l'albumine, très forte avant l'accouchement, tomber à rien peu après ; 3° l'uréthro-pyélo-cystite n'a-t-elle pas été plutôt, dans ce cas, l'effet des traumatismes considérables qu'a subis la malade ? 4° comment les accès, s'ils étaient effets de l'infection purulente, ne se sont-ils pas produits dans les jours qui ont suivi l'accouchement, alors que le taux du pus dans les urines était élevé (40 à 48 centim. cubes par litre, cinq jours après l'accouchement)? Aussi, l'opinion du rapporteur est-elle qu'il n'a existé aucune relation étiologique entre la présence du pus dans les urines et l'attaque d'éclampsie. Quant à l'accouchement forcé, il n'a, à son avis, que des indications très exceptionnelles, et encore ne doit-il être appliqué que par des accoucheurs expérimentés et habiles.

Discussion. — M. Tarnier s'associe en somme aux réserves faites par son collègue. Il veut cependant retenir de cette communication que l'accouchement forcé n'a pas été nuisible. Il ajoute qu'il a fourni des succès dans différents états morbides, y compris

l'éclampsie, lorsqu'ils sont assez graves pour faire croire à la mort prochaine des malades (observations multiples publiées en France et à l'étranger, deux observations personnelles). Il ne le repousse donc pas *à priori*, mais estime aussi qu'il doit être réservé pour des cas exceptionnels, et être *méthodiquement pratiqué*.

NICAISE. **De l'emphysème sous-cutané produit pendant l'accouchement.** — Les conclusions de l'auteur sont : 1° On observe quelquefois dans les accouchements difficiles, particulièrement chez les primipares, la formation brusque d'emphysème sous-cutané à la base du cou ;

2° Cet emphysème se produit à la suite de cris aigus et répétées, c'est-à-dire pendant l'expiration ;

3° Il est dû à la rupture de la trachée distendue, ou d'un point faible des grosses bronches ; il est favorisé par des lésions antérieures de ces organes ;

4° Cette complication présente le plus souvent peu de gravité ; elle a cependant une fois causé la mort ;

5° La production d'emphysème sous-cutané à la base du cou, indique la nécessité de terminer l'accouchement le plus tôt possible, ou de faire cesser la douleur et les cris par l'administration du chloroforme.

Discussion. — PINARD accepte que l'emphysème puisse être produit par rupture de la trachée. Mais, il a peine à croire que les cris aient une si grande influence sur sa production. Il pense qu'il doit exister des conditions prédisposantes, à défaut desquelles, les cris ne suffiraient pas à amener cette complication. GUÉNIOT attribue de l'importance à la *qualité des cris*. Ce sont les cris étouffés, ceux qui se produisent la glotte étant fermée, qui peuvent causer la rupture de la trachée. NICAISE fait remarquer qu'il fait intervenir aussi les conditions prédisposantes (inflammations, cicatrices de la trachée, etc.), mais qu'il a voulu souligner ce fait essentiel que la rupture est la conséquence de la dilatation trachéale qui accompagne certaines expirations forcées.

R. L.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du jeudi 21 *avril* 1896.

MM. le Dr G. DURANTE et L. SIRON (*service de la Charité*). **Infection à streptocoques. — Sérum de Marmorek. — Mort. — Lésions de nécrobiose cellulaire.** — Observation d'une femme de 28 ans, primipare, ayant accouché le 23 mars 1896, à 7 mois 1/2. Deux jours après, la température s'élève pour arriver à 39°,9 le 5e jour au matin. Curettage le 3e jour et injections de sérum anti-streptococcique (50 c.c. en 3 jours) qui font tomber 2 jours la température un peu au-dessous de 38°. Nouvelle injection de 10 c. c. de sérum amenée par nouvelle élévation à 39° de la température. Défervescence presque complète (38° au maximum) pendant 4 jours, et mort avec agitation assez intense.

A l'autopsie, pas de lésions pelviennes, utérus sain, broncho-pneumonie nodulaire, foie anémique, rein infectieux.

Bactériologiquement, streptocoques à grosses et à petites chaînettes, trouvés dans le sang de la trompe et le liquide encéphalo-rachidien. On en avait constaté également dans les débris du curettage.

Histologiquement, néphrite infectieuse épithéliale presque pure. Dans le poumon et le pancréas, thromboses formant le centre de nodules non inflammatoires, constitués par des éléments nécrosés. Foie interverti, système porte normal : nécrose cellulaire généralisée et systématisée au système sus-hépatique. Pas d'îlots infectieux.

Dans les coupes, on ne trouve des streptocoques que dans les noyaux de broncho-pneumonie et dans le rein.

Il s'agirait donc d'une infection à streptocoques d'allure bénigne traitée par sérum et curettage, et mort survenant après chute de la température. Les lésions paraissent attribuables bien moins à l'existence des microbes qu'à l'action de toxines très virulentes.

M. Porak a eu l'occasion de faire dans trois autres cas des injections de sérum anti-streptococcique pour des accidents d'infection puerpérale.

Une fois, l'injection a été faite dans un cas d'infection suraiguë, évoluant en deux jours, au moment où des troubles très graves permettaient d'annoncer la mort à brève échéance.

Dans un second cas, il s'agissait de rétention de caduque dans l'utérus. On obtint une amélioration et la guérison par l'emplo simultané du curettage et des injections de sérum.

Le troisième cas est très intéressant, car les accidents fébriles survinrent à deux reprises à une semaine d'intervalle, la première fois vers le 15e jour. La malade était albuminurique et présentait des symptômes urémiques au moment de l'injection de sérum. Les accidents fébriles diminuèrent les deux fois, mais après l'apparition d'une phlegmatia alba dolens d'abord à droite, puis à gauche. La première injection fut suivie d'une aggravation des troubles urémiques. Cependant tout rentra dans l'ordre. Cette malade avait de la diarrhée, des vomissements survinrent à la suite des premières injections. Peut-être est-ce la raison de la bénignité relative des troubles urémiques observés ?

M. MANGIN envoie un travail sur les **complications de la grossesse par les kystes dermoïdes.**

VIe CONGRÈS DES MÉDECINS RUSSES A KIEF. SECTION D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE (1)

A. J. BOGAEVSKY. **150 laparotomies à l'hôpital rural de Krementchong en l'espace de dix mois (1895-1896).** — La mortalité générale a été de 10,6 p. 100; certaines opérations ont duré jusqu'à quatre heures et se sont terminées par la guérison; la majorité des opérations sont des ovariotomies au nombre de 80; les fibromyomectomies, les ventrofixations, les opérations pour grossesses extra-utérines ont motivé les autres laparotomies.

Professeur D. O. OTT. **Du traitement des fibro-myômes de l'utérus par l'hystérectomie totale.** — C'est à ce traitement radical que l'orateur est arrivé après un grand nombre d'opérations; sur 99 opérées pour fibro-myômes de 1894 à 1896, 53 ont subi l'hystérectomie totale, dont 43 par la voie vaginale, 7 par la voie abdominale et 3 par la méthode mixte; les 43 hystérectomies vaginales ont donné un décès et cela par tuberculose pulmonaire après la guérison. Le morcellement a été fait 34 fois, l'extirpation de l'organe entier 9 fois.

(1) *Vratch*, n° 18, 1896.

Professeur M. M. MIRONOFF (Charkoff). **La laparotomie et la colpotomie en gynécologie.** — L'étude clinique et bibliographique de la question amène l'auteur à cette conclusion que la voie vaginale est de beaucoup la plus avantageuse pour la malade, et qu'il faut étendre ses indications. NAGEOTTE-WILBOUCHEVITCH.

BIBLIOGRAPHIE

Du traitement de l'infection puerpérale, par MM. le professeur PINARD et le Dr WALLICH. G. Steinheil, éditeur, Paris, 1896. — Prix : 6 francs.

La fièvre puerpérale depuis l'apparition de la méthode antiseptique a été l'objet d'un grand nombre de travaux portant spécialement sur l'anatomie pathologique et la prophylaxie. La question du traitement curatif de l'infection reste seule en suspens. Certes il existe des mémoires épars, recommandant tel ou tel procédé de traitement; mais il nous manquait un travail de synthèse indiquant nettement au praticien la conduite à tenir, la *méthode thérapeutique* à suivre en présence d'une infection puerpérale déclarée. La méthode appliquée depuis deux ans à la clinique Baudelocque ayant produit une amélioration très marquée, les résultats jusqu'ici obtenus dans cet important service, le chiffre de la mortalité y est descendu de 0,27 et 0,42 à 0,18 et 0,24 0/0, alors que le chiffre total des accouchements augmentait et dépassait plus de 2,000 par an). Le professeur Pinard et son chef de clinique, pendant ces deux années, le Dr Wallich, se sont proposés d'exposer la thérapeutique par eux mise en œuvre durant cette période et les notions positives sur lesquelles elle repose. Je vais résumer rapidement leur travail.

L'infection puerpérale se manifeste on le sait, soit par des accidents précoces, soit par des accidents tardifs apparaissant dans le premier mois qui suit l'accouchement.

Les accidents précoces signalés en particulier par l'élévation de température, et par la fréquence du pouls, doivent être l'objet d'un traitement immédiat, au niveau même de la porte d'entrée de l'infection, l'utérus et le vagin. On peut par l'injection vaginale ou intra-utérine, intermittente ou continue, par le curettage,

agir efficacement sur le foyer originel de l'infection. Mais ces différents moyens de traitement ont souvent besoin d'être combinés les uns aux autres suivant des indications qui étaient à préciser, qui le sont par MM. Pinard et Wallich, d'où l'exposé d'une conduite à tenir méthodique en présence des premiers accidents de l'infection.

L'infection puerpérale a été étudiée par ces auteurs dans la période de début, et ils ont abandonné toutes les divisions des auteurs en métrite, périmétrite, péritonite puerpérale, qu'il est difficile de ne pas confondre au point de vue clinique, pour n'envisager que des degrés dans l'âge et l'intensité de l'infection.

L'injection intra-utérine est étudiée au point de vue de son manuel opératoire, et surtout de ses indications.

On doit pratiquer l'injection intra-utérine d'une façon précoce, à la première alerte, la répéter s'il n'y a pas chute de la température. Faire plus si cette température remonte. Les moyens qui restent à employer sont l'irrigation continue et le curettage.

L'irrigation continue a le mérite de pouvoir être appliquée dans les heures qui suivent l'accouchement, son action est locale et générale. On a objecté à ce procédé de traitement de ne pas enlever les portions de muqueuse infectée. Cette objection n'existe plus si le curettage est pratiqué après un certain temps d'irrigation continue, ou si l'on institue l'irrigation continue après un curettage.

Le curettage a été l'objet de la part de MM. Pinard et Wallich de modifications dans le manuel opératoire, dans les indications.

L'opération pratiquée sans chloroforme avec une large curette, sans spéculum, n'est pas douloureuse, facile à exécuter. C'est un pansement intra-utérin, qui n'offre de danger que s'il est pratiqué à une heure trop rapprochée de l'accouchement. Le moment de choix pour faire cette opération est le troisième jour, après avoir jusque-là agi avec les injections intra-utérines, intermittentes ou continues. Les suites du curettage ont été soigneusement examinées. S'il y a chute définitive de la température après l'opération, on fait une simple injection intra-utérine quotidienne jusqu'au retour à la normale. Si la température remonte, l'action du curettage a été insuffisante, on recommence à curetter, et, en cas de persistance, on pratique l'irrigation continue.

Dans l'avortement quand il y a infection, il ne faut pas, suivant

ces auteurs, agir d'abord avec la curette, mais avec le doigt, c'est le curage avec le doigt, lequel, seul, peut sentir et enlever tous les débris de placenta, en un mot faire la délivrance. Si les accidents persistent, la curette peut intervenir pour racler la muqueuse infectée.

Si ces accidents précoces n'ont pas été immédiatement et vigoureusement traités, on assiste trop souvent encore au développement de la grande infection puerpérale d'autrefois, emportant très rapidement les accouchées. Pour ces cas qu'on a laissés devenir graves, la thérapeutique actuelle n'est guère plus active que l'ancienne et doit malheureusement se borner, ou à peu près, à la médication symptomatique.

Contre cette infection généralisée, échappant aux ressources du traitement local, on a, il est vrai, proposé récemment la sérothérapie par le sérum antistreptococcique. Mais les résultats obtenus sont encore trop peu décisifs pour qu'on soit autorisé à abandonner des moyens de traitement local, qui ont fait leurs preuves lorsqu'ils ont été appliqués en temps voulu, dès les premières heures de l'infection. Du reste, le sérum employé est un sérum exclusivement antistreptococcique. Or, si l'infection puerpérale est souvent due au streptocoque, il est d'autres microbes capables de la produire. La sérothérapie à l'heure actuelle peut donc et doit être employée, soit comme adjuvant du traitement local, soit lorsque celui-ci a échoué comme principal agent du traitement curatif de l'infection généralisée.

Les accidents tardifs de l'infection qui se montrent à une période plus avancée des suites de couches accidents dus à la localisation de l'infection propagée, sont en particulier : les suppurations pelviennes et la phlegmatia alba dolens.

Les suppurations pelviennes ont une tendance à s'enkyster qu'il est dangereux de contrarier par une intervention chirurgicale hâtive, dans la période des suites de couches alors que les foyers de suppuration sont encore très virulents. Il est préférable, avant d'intervenir (sauf urgence), de laisser cette infection vieillir, s'atténuer sur place, pendant que les organes génitaux subissent les phénomènes régressifs de la période post-puerpérale.

Le traitement de la phlegmatia alba dolens, surtout palliatif, comprend des dispositions matérielles à prendre en vue d'éviter

les suites et les complications redoutables de cette affection. Tout cela est exposé avec grands détails dans le livre de MM. Pinard et Wallich.

En résumé le « *Traitement de l'infection puerpérale* » de MM. Pinard et Wallich comprend l'exposé d'une méthode thérapeutique précise, appuyée sur l'étude attentive de faits nombreux.

Plusieurs points ont été spécialement traités par eux, quelques-uns pour la première fois.

En voici la simple énumération :

1° Étude clinique des suites du curettage;

2° Étude anatomo-pathologique de l'action du curettage;

3° Du curettage chez les femmes ayant subi la symphyséotomie ;

4° Conduite à tenir dans les accidents infectieux tardifs des suites de couches.

H. V.

Les mariages consanguins et leurs conséquences, par P. Perrin. Thèse de Paris, 1896.

L'auteur a choisi un sujet qui a une portée pratique réelle. Il est bien peu de médecins, en effet, qui n'auront pas l'occasion de donner leur avis sur les dangers que peut entraîner un mariage entre consanguins. Avis assez délicat à formuler, car les opinions des auteurs sont fort divergentes. M. Perrin a essayé de se faire une opinion personnelle en étudiant les résultats de l'observation de ce qui se passe dans le Nivernais, où ces mariages son assez fréquents (résultats soit de l'observation personnelle, soit de l'observation de médecins qui exercent depuis longtemps dans cette région).

La distribution de la thèse est la suivante : *a) définitions et statistiques générale et locale; b) historique et revue des principaux travaux publiés; c) maladies imputées aux unions consanguines et observations; d) critiques des trois opinions émises*, qui sont les suivantes : 1° Presque toutes les alliances entre proches parents ont des résultats fâcheux.

2° Les mariages consanguins ne sont nullement préjudiciables, le plus souvent même ils donnent d'excellents résultats.

3° L'influence des mariages consanguins est bonne ou mauvaise suivant que les auteurs sont exempts ou affectés de maladies constitutionnelles.

L'auteur termine en formulant des conclusions multiples qui, au point de vue pratique, se condensent dans les deux suivantes :

1° Si les deux futurs et leurs parents n'ont aucune diathèse, aucune maladie héréditaire, sont de belle santé, de forte constitution, dans de bonnes conditions climatologiques et hygiéniques, le médecin ne devra pas déconseiller le mariage, mais il ne devra pas non plus l'encourager ; il fera observer que bon nombre d'unions répondant à ces conditions ont donné naissance à des enfants présentant des tares fâcheuses et irrémédiables.

2° Mais si le médecin découvre la moindre trace de quelque affection physique ou de quelque trouble psychique, il devra user de toute son influence pour empêcher le mariage de se faire. Dans ce cas l'hérédité convergente donnerait sûrement des résultats déplorables. R. L.

NÉCROLOGIE

Paroles prononcées aux obsèques du professeur Stoltz, par le professeur Alp. Herrgott (1).

MESSIEURS,

En venant assister aux obsèques de notre cher et vénéré maître, mon intention avait été de garder le silence. Il me semblait que je ne devais rien ajouter aux paroles prononcées par M. le doyen Heydenreich et que ce n'était pas ici le lieu de dire ce qu'avait été celui que nous pleurons, ni de rappeler ce que le professeur Stoltz avait fait pour l'obstétricie, pour la science et pour l'humanité.

Mais, au moment de partir pour rendre les derniers devoirs à celui dont nous déplorons si amèrement la perte, j'ai reçu plusieurs dépêches qui ne me permettent plus de laisser fermer cette tombe sans prendre la parole.

Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, M. le D^r^

---

(1) *Les Annales* publieront prochainement une étude sur l'œuvre et la vie du professeur Stoltz.

Bergeron, me charge, au nom de ses collègues, d'adresser un dernier et solennel adieu au membre éminent que l'Académie s'honorait de compter parmi ses associés nationaux depuis 1864.

M. le professeur Tarnier ainsi que M. le professeur Pinard et ses élèves désirent également s'unir à notre deuil. Leurs cœurs partagent trop notre tristesse ; je sens leurs pensées, aujourd'hui, en ce moment, trop au milieu de nous, pour que leurs noms puissent être oubliés auprès de celui qui fut un maître pour tous.

Il en est de même des membres de la Société des accoucheurs des Hôpitaux de Paris. Leur président, M. Champetier de Ribes, me prie de vous dire toute la part que leur Société prend à la perte que l'Obstétrique vient d'éprouver.

Je me fais d'autant plus un devoir de remplir cette mission que je sais de quelle estime et de quelle vénération le nom de Stoltz était entouré. C'est que le sillon tracé par lui avait été profond, la semence de son enseignement féconde, et la moisson est loin d'en être terminée.

Mon père, qui avait été, lui, des premiers internes du professeur Stoltz, il l'était en 1839, avait eu le désir de venir assister aux derniers moments de celui qui fut son maître, son collègue et dont il était toujours resté l'ami ; il aurait aussi voulu pouvoir lui adresser un dernier adieu au nom de ses anciens internes, de ses élèves, mais l'affection craintive des siens l'a empêché d'accomplir ce pieux mais imprudent devoir.

Permettez au fils, qui fut aussi un des internes de M. Stoltz, mais un des derniers, en 1873, de le remplacer et de saluer encore une fois avec reconnaissance et respect celui que Dieu vient de rappeler à Lui et dont la vie demeure un si grand exemple pour tous.

Au nom de vos élèves, Cher Maître, adieu !

Le Gérant : G. STEINHEIL.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XLV

Janvier à Juin 1896.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME XLV

Janvier à Juin 1896.

MÉMOIRES ORIGINAUX

REVUES CLINIQUES

REVUES GÉNÉRALES

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

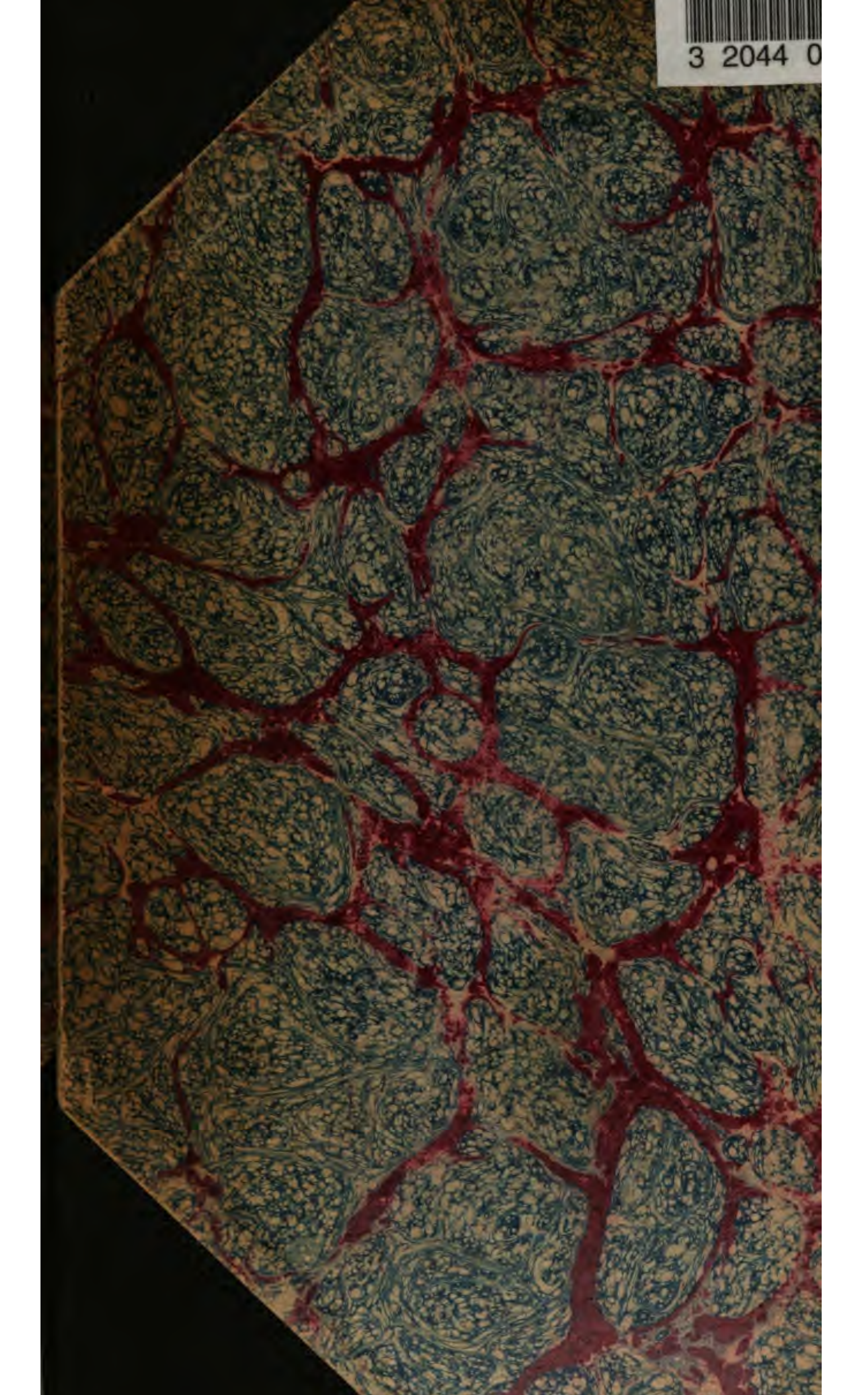
SOCIÉTÉS SAVANTES

REVUES ANALYTIQUES

BIBLIOGRAPHIE

VARIA

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE


3 2044 0